

## **Dopolnilno zdravstveno zavarovanje in zdravstvena reforma**

Ljubljana, 14. marec 2011

**Zbornik okrogle mize**

**»Dopolnilno zdravstveno zavarovanje in zdravstvena reforma«**

*Izdajatelj in založnik:*

**Slovensko zavarovalno združenje, g.i.z.**

Železna cesta 14

p.p. 2512, SI-1001 Ljubljana

Telefon 01 473 56 99

Telefaks 01 473 56 92

Elektronska pošta [info@zav-zdruzenje.si](mailto:info@zav-zdruzenje.si)

Spletna stran <http://www.zav-zdruzenje.si>

*Producent:*

Pegaz International, d. o. o., Ljubljana

*Naklada:* 200 izvodov

Vse pravice pridržane.

Razmnoževanje publikacije v celoti ali deloma ni dovoljeno. Uporaba in objava podatkov in delov besedila je dovoljena le z navedbo vira.

CIP - Katalofni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

364.32(497.4)

614.2:332.021.8(497.4)

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje in zdravstvena reforma.-  
Ljubljana : Slovensko zavarovalno združenje = Slovenian Insurance  
Association, 2011

ISBN 978-961-6593-24-3

255239424

## **DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE IN ZDRAVSTVENA REFORMA**

Ministrstvo za zdravje je objavilo in predložilo v javno razpravo dokument »Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020«. V dokumentu ministrstvo napoveduje spremembe v ureditvi sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, ki pomembno vplivajo na dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki predstavlja kar eno četrtno slovenskega zavarovalnega trga, in na slovensko zavarovalništvo ter porajajo številna vprašanja.

O dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju se že nekaj let govori kot o glavnem sistemskem problemu slovenskega zdravstva. Ponavljajo se trditve, da so »enake premije zmanjšale nekdanjo solidarnost«, zavarovalnicam se očitajo veliki stroški poslovanja (»velik del sredstev, kar 70 milijonov evrov, zavarovalnice porabijo v druge namene«), »dopolnilno zavarovanje povzroča porabo za nepotrebne zdravstvene storitve« in podobno. Takšno prepričanje je še okrepila trditev Evropske komisije, da nekatera določila Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju glede dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja niso skladna z evropskim pravnim redom.

**Z okroglo mizo in s prispevki v tem zborniku poskušamo osvetliti različne vidike finančnega dela napovedane nadgradnje zdravstvenega sistema, s ciljem, da konstruktivno prispevamo k iskanju najučinkovitejšega načina za financiranje zdravstva za prihodnja leta.**

Pri tem smo obdelali naslednje vidike:

**Vloga dopolnilnega zavarovanja.** Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je v preteklih letih učinkovito zagotavljalo sredstva za določen del zdravstvenih storitev, hkrati pa je bilo »priročno orodje« za omejevanje stroškov zdravstvene blagajne in ohranjanje nespremenjene prispevne stopnje. Bistveno lažje je, na primer, povišati doplačila za zdravila na vmesni listi in prepustiti zavarovalnicam, da zagotovijo njihovo plačilo, kot pa se spopasti s farmacevtskim lobijem in z zdravniki ter doseči konsenz za racionalnejše predpisovanje zdravil.

**Dostopnost.** Ali dopolnilno zdravstveno zavarovanje samo po sebi omejuje dostopnosti? Zavarovalnice menimo, da dostopnost omejujejo kvečjemu plačila iz žepa, doplačila prek zavarovanja pa ne. Ostali evropski zdravstveni

sistemi imajo manjšo stopnjo univerzalnosti in bistveno večja doplačila »iz žepa«, ki predvsem obremenjujejo bolne in starejše (in tudi zmanjšujejo dostopnost do zdravstvenih storitev za te občutljive skupine).

**Solidarnost.** Prihodnost doplačil v obveznem zdravstvenem zavarovanju in s tem dopolnilnih zavarovanj je stvar politične odločitve. Bistvena sprememba obstoječega sistema ali celo ukinitve doplačil pomeni celovito spremembo v obremenitvah s prispevki vseh zavarovancev, lahko pa pripelje tudi do bistvenega zmanjšanja solidarnosti med bolnimi in zdravimi ter s tem ogrozili zdravstveno najbolj občutljive skupine zavarovancev. Povečanje solidarnosti z večjim obsegom javnih sredstev lahko namreč bistveno zmanjša oziroma ukine solidarnost pri tistih storitvah, ki ne bodo več predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**Scenariji reforme in analiza stroškov zavarovalnic.** Analizirali smo posamezne scenarije reforme financiranja zdravstva in poskušali oceniti širše posledice ukinitve oziroma zmanjšanja doplačil.

**Skladnost z evropskim pravnim redom.** Eden od argumentov za potrebnost sprememb na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja naj bi bila neskladnost z evropskim pravnim redom. S samimi dopolnilnimi zavarovanji seveda ni nič narobe, saj je v podobnem obsegu kot pri nas, uveljavljeno tudi v Franciji. Očitke Evropske komisije pa bi zlahka odpravili s spremembo zakona, ki ne bi imela nobenih posledic za delovanje zdravstvenega sistema.

**Financiranje zdravstvenega sistema je zapleteno, zato morajo biti spremembe postopne in premišljene, da celotne družbe ne bodo stale več, kot bi bilo koristi, hkrati pa ne smejo privedi do povečanja plačil za zdravstvene storitve »iz žepa«.**

## **VSEBINA**

<b>»Nadgradnja zdravstvenega sistema do 2020« in prostovoljno zdravstveno zavarovanje .....</b>	<b>7</b>
mag. Ivan Gracar	
<b>Povečanje ali zmanjšanje solidarnosti? .....</b>	<b>21</b>
Robert Sraka	
<b>Socialna in druga zdravstvena zavarovanja .....</b>	<b>30</b>
Dušan Kidrič	
<b>Obratovalni stroški dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja .....</b>	<b>39</b>
mag. Alenka Šik	
<b>Opomini evropske komisije v zvezi z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem .....</b>	<b>46</b>
Matej Osenar	



## **»NADGRADNJA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA DO 2020« IN PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE**

**mag. Ivan Gracar<sup>1</sup>**

### **1 UVOD**

Slovenski sistem zdravstvenega varstva je že daljše obdobje v stanju, ki ga lahko poimenujemo kar kriza razvoja. Večina njegovih udeležencev je nezadovoljna, izhoda iz krize pa kar ni in ni. Še najpogosteje se kot dežurni krivec za križe in težave celotne ureditve pojavlja dopolnilno zdravstveno zavarovanje (tudi sedanja koalicija je v koalicijskem sporazumu zapisala kot cilj ukinitve tega »nebodigatreba«). Trenutna zdravstvena politika vidi v ukinitvi tega tipa prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj enega od temeljnih ukrepov, ki naj bi v naslednjih desetih letih zagotovili »konkurenčen in prožen sistem zdravstvenega varstva, ki bo razvojno usmerjen in istočasno finančno vzdržen ter bo zmožen zadostiti potrebam državljanov po zdravstvenem varstvu« ([1.], stran 16).

Ali so takšna pričakovanja upravičena? Skozi komentar vseh treh variant spremenjenega sistema financiranja zdravstva, kot jih predlaga zdravstvena politika ([1.], stran 14-16), bomo poskusili poiskati vsaj približek odgovora na to vprašanje. Osredotočili se bomo predvsem na posledice, ki bi jih imele predlagane variante na obseg in način izvajanja zavarovalnih poslov v zavarovalni vrsti zdravstveno zavarovanje. Hkrati se bomo dotaknili tudi predpogojev za razvoj / razmah dodatnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

### **2 JE NADGRADNJA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA POTREBNA?**

Podobno kot drugi zdravstveni sistemi v državah EU tudi slovenski sistem zdravstvenega varstva že vrsto let deluje na zgornji meji svojih (javno) finančnih zmognosti. Grožnja stabilnosti evropskih zdravstvenih sistemov predstavljajo predvsem hitro rastoči izdatki, ki so posledica staranja prebivalstva, posledičnih sprememb v patologiji prebivalstva, hitrega razvoja medicine, novih zdravil in drugih razvojnih gibanj. Težave pri zagotavljanju virov se zaostrejujejo tudi zaradi dejstva, da posamezne države zaradi potrebe po zviševanju konkurenčne sposobnosti domačih gospodarskih subjektov v razmerah globalne konkurenčnosti in krize omejujejo ali celo ustavljajo rast razpoložljivih javnih finančnih virov za sisteme zdravstvenega varstva. Na resni preizkušnji so temeljni socialni in zdravstveni cilji javnih sistemov v

---

<sup>1</sup> TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d. d.

Evropi, saj se zaradi omejenih sredstev slabša dostopnost do zdravstvenih storitev, postavljajo določene omejitve pri uresničevanju pravic in daljšajo čakalne dobe za zavarovane osebe.

Sistem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji ima gotovo veliko pozitivnih lastnosti in se lahko s svojimi razvojnimi dosežki primerja z drugimi evropskimi sistemi. V zadnjih desetih letih se je celoten sistem premalo prilagajal spremenjenim okoliščinam in se je zato znašel v krizi razvoja, iz katere vodi kar nekaj izhodov. Izbrati bo treba tistega, pri katerem bo izpolnjenih kar največ ciljev, ki bodo zagotavljali kar najbolj celovito zdravstveno varstvo prebivalcev. Naštejmo le nekaj izzivov, ki se jih mora pri preurejanju systemskega okolja dotakniti zdravstvena politika:

- **zastarela zdravstvena zakonodaja** (pravne podlage obstoječe ureditve so nastale pred skoraj dvajset leti v času velikih sprememb in zamiranja ureditve jugoslovanskega samoupravnega socializma ter celo države, zato so mnoge rešitve in instituti v sedanji zakonodaji relikv iz tistih časov) ni ustrezna niti za reševanje in preprečevanje slabosti, s katerimi se že danes soočajo prebivalci, še manj pa za prilagajanje razvojnim izzivom, pred katere sistem zdravstvenega varstva postavljajo demografske spremembe in globalizacijski procesi;
- **dostopnost** ter kakovost zdravstvenih programov in storitev se slabša, kar zmanjšuje zaupanje prebivalstva v delovanje celotnega sistema;
- **opredelitev mreže javne zdravstvene službe** (oziroma meril za njeno določitev) je preohlapna. Zatečeno stanje izhaja iz preteklih obdobij, zato je razvoj zdravstvenih zmogljivosti stihijski in včasih celo neracionalen;
- **odgovornost za upravljanje in vodenje javnih zdravstvenih zavodov** je nezadovoljivo opredeljena, informacijska podpora procesov zdravljenja in organizacija dela pa premalo učinkovita;
- neurejena **delitev dela med različnimi ravni** povzroča nepregledno porabo sredstev v zdravstvenih dejavnostih. Razmerja med posameznimi nosilci zdravstvenih dejavnosti so obremenjena s konflikti, ki so pogosto posledica pridobljenih pravic ter nedorečenosti med javno in zasebno komponento v zdravstvu;
- v sistemu zdravstvenega varstva se ni vzpostavil **učinkovit nadzor** nad tekočo ter investicijsko porabo sredstev in nad kakovostjo opravljenih storitev (najšibkejši je strokovni nadzor). Žal motiviranje zdravstvenega osebja ni odvisno od rezultatov in učinkovitosti njihovega dela, stihijska rast plač zdravnikov in zdravstvenega osebja pa že ogroža partnerski odnos med izvajalci in uporabniki zdravstvenih storitev;



- **razmejitev med javnim in zasebnim** v sistemu zdravstvenega varstva je nedorečena in povzroča konflikte ter zlorabe.

Sistem zdravstva v Republiki Sloveniji je nedvomno v institucionalni, organizacijski in finančni krizi. Strah pred spremembami še dodatno povišujejo skrajno diametralni pogledi na nadaljnji razvoj celotnega področja, ki jih zastopajo njegovi pomembni udeleženci: na eni strani naletimo na zagovornike povsem javne ureditve tako izvajanja kot tudi financiranja, njihovi nasprotniki pa zastopajo stališče, da je treba v sistem zdravstvenega varstva vnesti čim več tržnih elementov, ki bi skozi konkurenčnost povečali učinkovitost njegovega delovanja. Izhod iz krize je možen le na **osnovi podatkov** z dobro premišljenimi reformnimi posegi **v socialne in ekonomske temelje** sistema, v njegovo organizacijo in financiranje. Spremembe morajo biti usmerjene v **povečanje skrbi posameznika za lastno zdravje z uravnoteženim vključevanjem zasebnih sredstev, v učinkovitejše poslovanje javnih zdravstvenih zavodov** ter v povečanje kakovosti, gospodarnosti in učinkovitosti v sistemu z dobro organiziranim nadzorom.

### 3 ZASEBNA SREDSTVA V SLOVENSKEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU

Sistem financiranja zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji v pretežni meri temelji na sistemu socialnega oziroma obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki izhaja iz vrednot in načel solidarnosti, socialne pravičnosti in univerzalne dostopnosti. Kljub dejstvu, da je cilj zdravstvene politike običajno zagotavljanje »osnovne košarice pravic«, ki se financira zgolj z javnimi sredstvi, se v praksi zaradi omejenosti javnih virov uvede enega od tipov (do)plačevanja<sup>2</sup>, s čimer se v financiranje storitev omenjene »košarice pravic« vključijo tudi zasebna sredstva:

- **horizontalni tip** doplačevanja, pri katerem se doplačila (natančneje »dopolnilna plačila«<sup>3</sup>) določijo pri pretežnem deležu storitev, ki sestavljajo »osnovno košarico pravic«;
- **vertikalni tip** (do)plačevanja, pri katerem se iz »osnovne košarice pravic«, ki jo v celoti krijejo javna sredstva, izločijo nekatere (manj pomembne) storitve,

---

<sup>2</sup> Pri tem država navadno posebej uredi varstvo bolj ogroženih skupin prebivalstva.

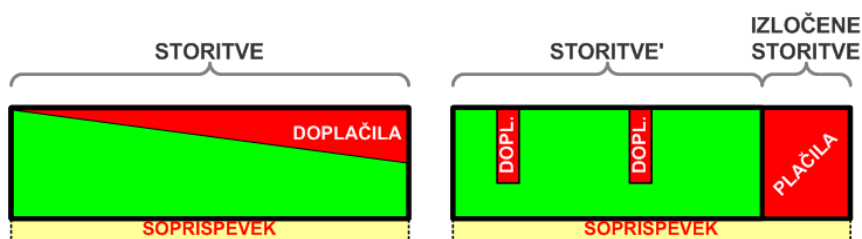
<sup>3</sup> Za lažje razumevanje podajam predlog osnovne terminologije, ki pokriva področje doplačevanja pri zdravstvenih storitvah:

- **priznana cena:** cena zdravstvene storitve, zdravila, živila in medicinskega pripomočka, kot je določena s predpisi, standardi in normativi obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- **dopolnilno plačilo:** plačilo razlike med priznano ceno in odstotnim deležem kritja priznane cene, kot ga skladno z zakonom zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje;
- **dodatno plačilo:** plačilo razlike med dejansko ceno zdravstvene storitve, zdravila, živila in medicinskega pripomočka ter priznano ceno.

ki se jih v celoti financira z zasebnimi sredstvi, doplačevanje pri storitvah iz »košarice« pa se uvede zgolj pri določenih storitvah, za katere se omejitev pogosto vzpostavi v obliki določenega števila teh storitev, ki jih na letnem nivoju v celoti krijejo javna sredstva.

Oba tipa doplačevanja prikazuje spodnja ilustracija (Slika 1), iz katere je razvidno, da se lahko pri obeh tipih dodatno uvede še sistem soprispevka (participacije) kot pavšalnega zneska, ki ga mora zavarovana oseba plačati pri prejemu zdravstvene storitve. V praksi sta uvedba in izvajanje horizontalnega sistema doplačevanja relativno redka.

**Slika 1:** horizontalni in vertikalni tip (do)plačevanja oziroma vključevanja zasebnih sredstev pri financiranju storitev iz »osnovne košarice pravic«



V našem zdravstvenem sistemu je bil leta 1992 uveden horizontalni tip doplačevanja (brez soprispevka), ki je v zadnjih desetih letih v povezavi z dopolnilnim prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem (v nadaljevanju: dopolnilno zavarovanje) že nekajkrat povzročal žolčne razprave o njegovi ustreznosti in utemeljenosti. Dopolnilno zavarovanje ima tako prednosti kot tudi slabosti, vendar je v preteklih (skoraj) dvajsetih letih predstavljalo inovativen odgovor na vprašanje, kako **ob čim nižji prispevni stopnji dosegati čim večji obseg sredstev za zdravstvene storitve, katerih prejem temelji na solidarnostnem načelu**. Skozi zbrana sredstva dopolnilnega zavarovanja je celoten sistem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji primerjalno ohranjal svojo stabilnost, finančno vzdržnost in uspešnost. Posegi v sistem doplačevanja (morebiten prehod v vertikalni tip) lahko vplivajo na:

- **obseg zasebnih sredstev**, ki se jih zbere v sistemu zdravstvenega varstva;
- **višino prispevne stopnje** delodajalcev in / ali delojemalcev;
- **enakost in pravičnost pri plačevanju prispevkov** za obvezno zdravstveno zavarovanje;
- **solidarnost** med zdravimi in bolnimi;
- **prilagodljivost** nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- **obseg zavarovalne dejavnosti** v zavarovalni vrsti zdravstveno zavarovanje.

Preden se dotaknemo prednosti in slabosti sedanje ureditve doplačevanja (in dopolnilnega zavarovanja) v Republiki Sloveniji, je smiselno posvetiti še nekaj stavkov trditvi, da je dopolnilno zavarovanje v resnici »obvezno zavarovanje«. Temeljni princip zavarovalne dejavnosti oziroma povpraševanja po zavarovalnih storitvah je (razen pri zavarovanjih, ki so obvezna po zakonu) t.i. »izogibanje tveganju« (angl. »risk aversion«). Oseba, ki se zaradi določenega tveganja počuti dovolj ogroženo, bo iskala način, da se tveganju izogne oziroma ga vsaj čim bolj zmanjša. Tveganje doplačevanja k stroškom zdravstvenih storitev je pri horizontalnem tipu doplačevanja dovolj splošno (zajema skoraj vse zdravstvene storitve) in obsežno (najvišja doplačila lahko krepko presežejo znesek tisoč EUR), da se prebivalci RS, ki so zavezanci za doplačevanje, praviloma odločajo za sklenitev dopolnilnega zavarovanja, s katerim to tveganje v veliki meri zmanjšajo. Javni interes, ki se ga je (v obliki načela »prostega vstopa«) že v začetku devetdesetih let vtkalo v dopolnilno zavarovanje (oziroma »zavarovanje za doplačila«, kot se je takrat imenoval ta tip zavarovanj), je bil zgolj dodaten motivator za sklepanje teh zavarovanj. Pri iskanju razlogov za visoko penetracijo teh zavarovanj gotovo ne moremo mimo zaupanja zavarovanih oseb do nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki je (skladno s takrat veljavnim zakonskim okvirom) v devetdesetih letih tudi izvajal dopolnilno zavarovanje.

Pri vertikalnem tipu (do)plačevanja pa je intenzivnost »izogibanja tveganja« predvsem pogojeno z vsebino izločenih storitev. Ker gre za omejene in točno določene zdravstvene storitve, lahko posameznik natančno oceni, kakšno tveganje predstavljajo zanjo. Prav to je razlog, da iščejo sklenitev zavarovanj, ki krijejo rizike izločenih storitev, najpogosteje prav osebe, ki takšne storitve bodisi že potrebujejo, ali pa ocenjujejo, da jih bodo v kratkem potrebovale. Zavarovalnice se skušajo pri svoji ponudbi z različno dolgimi čakalnimi dobami sicer izogniti tovrstnim tveganjem, a so pri tem zgolj delno uspešne. Osnovni mehanizmi zavarovalstva, ki je »izravnava rizikov v času in prostoru«, odpovedo, saj se v zavarovalnem portfelju znajdejo pretežno bolj rizični posamezniki.

### **3.1 Prednosti in slabosti dopolnilnega zavarovanja**

Pozitivne posledice izvajanja dopolnilnega zavarovanja v Republiki Sloveniji so med drugim naslednje:

- zdravstveni sistem Republike Slovenije je v obdobju po reimplementaciji obveznega zdravstvenega zavarovanja (skoraj dvajsetih let) ostajal relativno stabilen;
- v sistemu zdravstvenega varstva so se ob praktično nespremenjeni prispevni stopnji ohranjali relativno visoki standardi;
- obseg sredstev za financiranje storitev, pri prejemu katerih velja načelo solidarnosti, se je povečalo na 86 odstotkov vseh sredstev, ki se jih namenja

za zdravstveno varstvo. Na ta način se je celotna solidarnost v sistemu še povišala;

- premoženjska socialna varnost posameznika (zavezanca za doplačevanje) se je povečala;
- dopolnilno zavarovanje v veliki meri kompenzira razliko med splošno in medicinsko inflacijo<sup>4</sup>;
- dopolnilno zavarovanje predstavlja posebej v zadnjih nekaj letih »blazino«, zaradi katere se prispevna stopnja za obvezno zdravstveno zavarovanje ni spreminjala;
- pri izvajanju dopolnilnega zavarovanja se morajo skladno z določbami zakona, ki ureja zavarovalništvo, zbirati in obdelovati podatki o zavarovalnih primerih na nivoju posameznega zavarovanca, ki bi jih bilo možno (in smiselno) uporabiti tudi za doseganje večje racionalnosti delovanja celotnega sistema zdravstvenih dejavnosti.

Med negativne posledice izvajanja dopolnilnega zavarovanja lahko štejemo:

- ljudje se ne zavedajo višine zdravstvenih stroškov, saj jim ob plačilu premije dopolnilnega zavarovanja v okviru standardov obveznega zdravstvenega zavarovanja ni treba več doplačevati. Zaradi tega se pojavi se pojavi nekoliko višje povpraševanje po zdravstvenih storitvah<sup>5</sup>, ki pa nastaja tudi in predvsem zaradi asimetrije informacij med bolnikom oziroma prejemnikom zdravstvenih storitev ter zdravnikom;
- struktura prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj ni tipična in je občutljiva na sistemske spremembe;
- pojavijo se dodatni stroški, ki bi se jim bilo možno izogniti.

### 3.2 Ostala zasebna sredstva v zdravstvenem sistemu RS

Strukturo sredstev v slovenskem zdravstvenem sistemu prikazuje spodnja risba (Slika 2).

**Slika 2:** struktura finančnih virov v sedanji ureditvi sistema zdravstvenega varstva v RS (okvirni zneski so iz leta 2010)



---

<sup>4</sup> Prispevna stopnja za obvezno zdravstveno zavarovanje ostaja nespremenjena že polnih deset let.

<sup>5</sup> Podobno oziroma v še večjem obsegu velja to tudi za primer, ko bi vse storitve iz košarice zdravstvenih pravic poravnali z javnimi sredstvi.

Precejšen delež predstavljajo sredstva, ki jih za zdravstvene storitve namenjajo ljudje iz lastnih sredstev in mimo prostovoljnih zavarovanj (okoli 400 mio evrov). V njih je velik del »sive zdravstvene ekonomije«, raznih oblik urejenega in neurejenega, predvsem pa nekontroliranega in neevidentiranega samoplačništva, ki še najbolj moti prebivalstvo. Ogroženost zaradi tveganja je pri takšnih (navadno enkratnih) zdravstvenih storitvah premajhna, da bi oseba iskala sklenitev posebnega / dodatnega zdravstvenega zavarovanja. Tudi izvajalci takšnih zdravstvenih storitev se iz tega naslova večinoma izogibajo sklepanju kakršnihkoli pogodbenih obveznosti z zdravstvenimi zavarovalnicami, ki skušajo v tem segmentu vzpostaviti nišne zavarovalne proizvode: zaradi visokega povpraševanja po njihovih storitvah izvajalci ne potrebujejo dodatnega posrednika, s katerim bi delili svoj (pogosto »sivi«) dohodek.

V skoraj dvajsetih letih se dodatna zdravstvena zavarovanja kljub znatnim zasebnim sredstvom v sistemu zdravstvenega varstva niso uveljavila. Poleg že naštetih razlogov velja kot inhibitorje navesti še naslednje dejavnike:

- davčna zakonodaja ne vzpodbuja sklepanja zdravstvenih zavarovanj niti pri fizičnih niti pri pravnih osebah;
- VIP mehanizmi so instrument, ki se ga v našem okolju pogosto uporablja;
- zasebna mreža (posebej v bolnišničnem in diagnostičnem delu) se praktično ni razvila;
- uveljavljanje storitev v zasebni mreži ni povezano s finančnimi stimulacijami (vavčer, ipd.).

#### **4 SPLOŠNO O VARIANTAH SPREMENJENEGA SISTEMA FINANCIRANJA ZDRAVSTVA, KOT JIH PREDLAGA MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE**

Besedilo Ministrstva za zdravje ([1.]), ki opredeljuje okvir načrtovanih sprememb ureditve in delovanja tako zdravstvenega zavarovanja kot tudi zdravstvenih dejavnosti, bistveno posega tudi v poslovanje zavarovalnic, ki izvajajo prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Kljub dejstvu, da so vse tri variante spremenjenega financiranja iz omenjenega dokumenta na svoj način usodne za obstoj vsake od treh ponudnic dopolnilnega zavarovanja, moramo biti zavarovalniški strokovnjaki sposobni objektivno oceniti (ne)upravičenosti vsakega od predlaganih scenarijev in posledice ukrepov primerjati z (ne)uspešnostjo in (ne)učinkovitostjo sedanje ureditve.

Predlagane variante imajo svoje stične točke in jih je smiselno razdeliti v dve skupini:

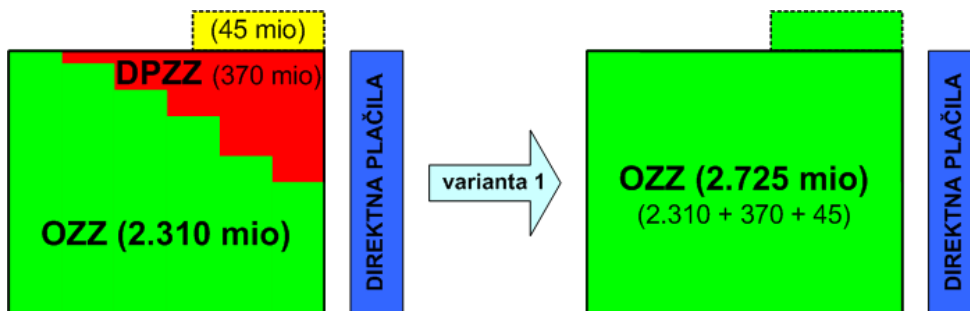
- varianta 1 in 2, pri katerih se horizontalni tip doplačevanja ukinja ter
- varianta 3, kjer se iz košarice pravic izločijo izbrane storitve, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije ( uvedba vertikalnega tipa (do)plačevanja).

## 5 VARIANTA 1 S KOMENTARJEM

### 5.1 Opis ureditve, kot jih predvideva varianta 1

Spodnja risba (Slika 3) prikazuje spremembe, kot jih predvideva varianta 1.

**Slika 3:** spremembe financiranja, kot jih predvideva varianta 1 (podatki za leto 2010)



Posamezni ukrepi predlagane variante ([1.], stran 15) so:

- dopolnilna plačila se ukinejo (obvezno zdravstveno zavarovanje plača celotno priznano vrednost zdravstvene storitve);
- prispevna stopnja se za delojemalce poviša za 2,4 odstotne točke, s čimer se zbere dodatnih 420 mio evrov, ki se v sedanjem sistemu v delu porabijo tudi za stroške, rezerve in dobičke zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje<sup>6</sup>;
- zaradi nižje dohodninske osnove pride do izpada dohodnine v višini 85 mio evrov;
- univerzalna, široko definirana košarica pravic se ohrani;
- delež javnih sredstev bi se povečal na 86 odstotkov<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Podatki o dopolnilnem zavarovanju za leto 2010 so: 400 mio EUR obračunanih premij in cca. 370 mio EUR škod. Razlika, ki znaša 30 mio EUR (in ne 70 mio EUR), je sestavljena iz:

(a) sredstev, ki jih zavarovalnice porabijo za svoje poslovanje (obratovni stroški, rezervacije, dobički): 24 mio EUR);

(b) sredstev, ki jih zavarovalnice poleg škod namenijo v in za sistem ZV ter

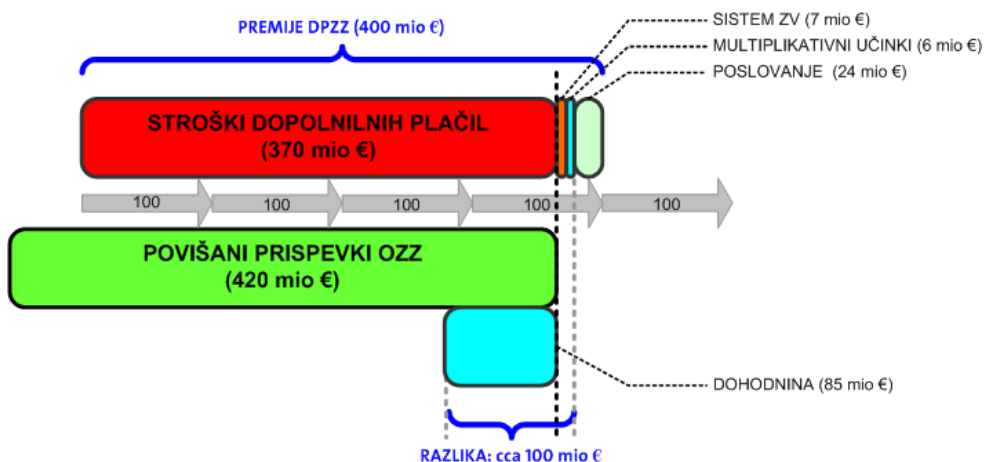
(c) ostalih multiplikativnih učinkov, povezanih z izvajanjem DPZZ.

<sup>7</sup> Bistveno bolj je smiselna opredelitev obsega javnih sredstev v odstotku BDP. Zasebna sredstva bi v tej ureditvi ostala zgolj v obliki samoplačniških sredstev, ki so v precejšnji meri odvisna od ekonomske situacije prebivalstva, zato je nesmiselno kot etalon obsega javnih sredstev iskati razmerje med javnimi in samoplačniškimi sredstvi. Zdravstvena politika poleg tega nima posebnega vpliva na obseg samoplačniških sredstev (razen seveda z definicijo košarice pravic, ki pa se v tej ureditvi ohranja v nespremenjenem obsegu).

## 5.2 Agregatne finančne posledice ureditve po varianti 1

Spodnja risba (Slika 4) prikazuje agregatne finančne posledice ureditve, kot jo predvideva varianta 1.

**Slika 4:** agregatne posledice ureditve iz variante 1



Razlika med sedanjo ureditvijo in predlaganim sistemom financiranja znaša okoli 100 mio evrov (seštevek izpadle dohodnine, sredstev, ki jih zavarovalnice sedaj namenijo direktno v sistem zdravstvenega varstva, ter ostalih multiplikativnih učinkov, povezanih z izvajanjem dopolnilnega zavarovanja).

## 5.3 Komentarji ureditve, kot jo predvideva varianta 1

V zvezi s predlagano ureditvijo se odpirajo naslednja vprašanja, dileme in pomisleki:

- Prispevki za zdravstvo bi se morali povečati tako za delodajalce kot tudi za delojemalce (71. člen 102. konvencije ILO o minimalnih standardih socialne varnosti). Prispevki bi se morali povečati tudi za ostale skupine zavarovanih oseb (upokojenci, kmeti, ...), s čimer bi se stopnja neenakosti plačevanja prispevkov vsaj ohranjala na enakem nivoju (pravična solidarnost).
- Prispevna stopnja se poveča le za delojemalce, s čimer se neenakost pri plačevanju prispevkov za zdravstvo le še povečuje. Res je sicer, da se za pretežni del prebivalstva razpoložljivi dohodek poveča, tisti najbolj propulzivni del prebivalstva, ki je že sedaj najbolj obremenjen, pa bo zaradi dodatnih obremenitev iskal načine, kako celo zamenjati sistem, v katerem plačuje (socialne) prispevke in davke (selitev podjetij, ...).
- Plačna masa bi se posledično relativno hitro povešala: del populacije, katere razpoložljivi dohodek bi se s spremembami zmanjšal in ki je hkrati tudi najbolj vplivni del prebivalstva, bi si z zvišanjem bruto plače ohranil svoj

razpoložljivi dohodek, čemur bi slej ko prej sledil splošni trend dvigovanja plač.

- Iz predloga ni razvidno, kaj se bo dogajalo z zneski dopolnilnih plačil (oziroma premij dopolnilnega zavarovanja), ki jih v sedanji ureditvi pokriva proračun Republike Slovenije (upravičenci po veteranskih zakonih, socialni upravičenci, ...).
- Zaradi neplačevanja (socialnih) prispevkov in vse višje stopnje nezaposlenosti bi se iz naslova povišane prispevne stopnje za zdravstvo zbralo manj sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot je planirano in pričakovano.
- V sedanji ureditvi je moral dopolnilna plačila (oziroma premijo dopolnilnega zavarovanja) prispevati tudi družinski član, ki je zavezanec za doplačevanje (gospodinja, ...), v novi ureditvi pa takšna oseba ni udeležena pri zbiranju sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje.
- Obseg zasebnih sredstev, s katerimi se (delno ali v celoti) poravnava zdravstvene storitve, katerih prejem temelji na načelu solidarnosti, se zmanjša na nič.
- Spremenjeno financiranje ne prinaša nobenih novih sredstev.
- V tej ureditvi ni nikakršnega omejevanja povpraševanja po zdravstvenih storitvah (niti pri izvajalcih niti pri zavarovanih osebah). Sistemov, ki bi financiranje košarice zdravstvenih pravic temeljili zgolj na javnih virih, ni.
- Ukinitvev dopolnilnih plačil in posledično dopolnilnega zavarovanja pomeni trajno prilagajanje (povečevanje) prispevne stopnje za zdravstvo, česar ne rešuje niti morebitna uvedba participacije. Dejstvo, da se v letih 2002 – 2011 skupna prispevna stopnja obveznega zdravstvenega zavarovanja ni spreminjala, kaže, da se je medicinsko inflacijo kompenziralo tudi in predvsem »na plečih dopolnilnega zavarovanja«. S predlaganimi spremembami je treba računati na dejstvo, da ne bo več »varnostne blazine«, ki bi zadrževala medicinsko inflacijo.
- Ukinitvev dopolnilnih plačil in posledično dopolnilnega zavarovanja pomeni de-facto ukinitvev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Republiki Sloveniji, kar pomeni skoraj 20 odstotkov zavarovalne premije v Republiki Sloveniji.
- Ukinitvev dopolnilnih plačil in posledično zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje, pomeni dodatno najmanj 500 brezposelnih in izpad multiplikativnih sredstev, ki so spremljevalni učinek izvajanja dopolnilnega zavarovanja.



## 6 VARIANTA 2 S KOMENTARJEM

### 6.1 Opis ureditve, kot jih predvideva varianta 2

Spodnja risba (Slika 5) prikazuje spremembe, kot jih predvideva varianta 2.

**Slika 5:** spremembe financiranja, kot jih predvideva varianta 2 (podatki za leto 2010)



Posamezni ukrepi predlagane variante ([1.], stran 15) so:

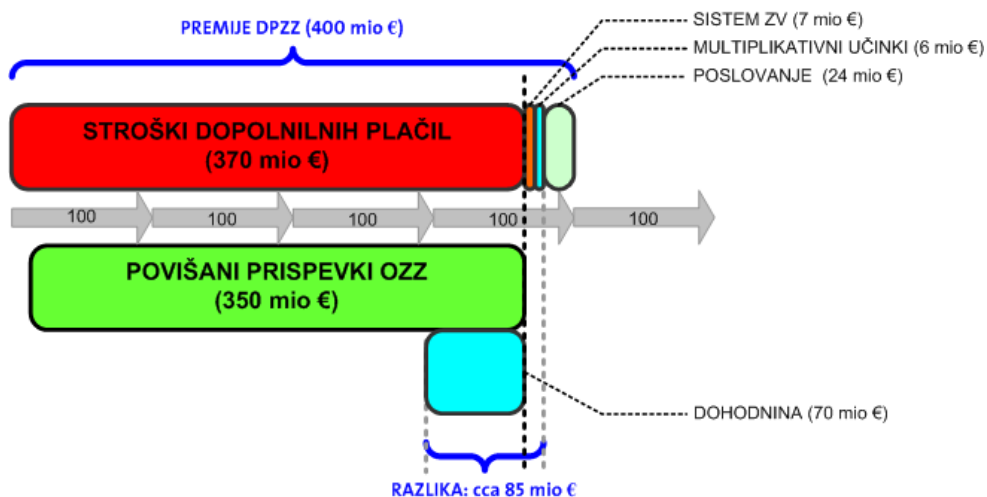
- dopolnilna plačila se ukinejo (obvezno zdravstveno zavarovanje plača celotno priznano vrednost zdravstvene storitve);
- prispevna stopnja se za delojemalce poviša za 2,0 odstotne točke, s čimer se zbere dodatnih 350 mio evrov, ki v sedanjem sistemu predstavljajo škode zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zavarovanje;
- zaradi nižje dohodninske osnove pride do izpada dohodnine v višini 70 mio evrov;
- univerzalna, široko definirana košarica pravic se ohrani.

### 6.2 Agregatne finančne posledice ureditve po varianti 2

Spodnja risba (Slika 6) prikazuje agregatne finančne posledice ureditve, kot jo predvideva varianta 2.

Razlika med sedanjo ureditvijo in predlaganim sistemom financiranja znaša okoli 85 mio evrov (seštevek izpadle dohodnine, sredstev, ki jih zavarovalnice sedaj namenijo direktno v sistem zdravstvenega varstva, ter ostalih multiplikativnih učinkov, povezanih z izvajanjem dopolnilnega zavarovanja).

**Slika 6:** agregatne posledice ureditve iz variante 2



### 6.3 Ostale posledice in komentarji ureditve, kot jo predvideva varianta 2

Vprašanja, dileme in pomisleki, ki se odpirajo v zvezi s predlagano ureditvijo so podobna tistim pri varianti 1 (glej: 5.3).

## 7 VARIANTA 3 S KOMENTARJEM

### 7.1 Opis ureditve, kot jih predvideva varianta 3

Spodnja risba (Slika 7) prikazuje spremembe, kot jih predvideva varianta 3.

**Slika 7:** spremembe financiranja, kot jih predvideva varianta 2 (podatki za leto 2010)



Posamezni ukrepi predlagane variante ([1.], stran 15-16) so:

- dopolnilna plačila se ukinejo (obvezno zdravstveno zavarovanje plača celotno priznano vrednost zdravstvene storitve);

- v kolikor bi bil dosežen širši družbeni dogovor za oblikovanje nove košarice pravic, kjer bi bilo mogoče iz košarice izločiti nekatere socialne pravice ter zdravstvene storitve, ki za zdravje državljanov niso nujne<sup>8</sup> (nekateri nenujni reševalni prevozi; zdraviliška zdravljenja, ki niso nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja; nekatera zdravila z vmesne liste, itn.), bi bilo za kritje pravic iz košarice potrebno ustrezno manj sredstev. V tem primeru bi bilo potrebno zvišanje prispevne stopnje nižje, ustrezno nižji bi bil tudi izpad sredstev iz naslova dohodnine v državnem proračunu;
- prispevna stopnja se za delojemalce poviša za 1,65 odstotne točke, s čimer se zbere dodatnih 290 mio evrov;
- zaradi nižje dohodninske osnove pride do izpada dohodnine v višini 58 mio evrov.

## **7.2 Ostale posledice in komentarji ureditve, kot jo predvideva varianta 3**

Poleg vprašanj, dilem in pomislekov, ki se odpirajo v zvezi s predlagano ureditvijo variant 1 in 2 (glej: 5.3), je treba razmisliti tudi o naslednjih domnevah:

- Za izločene storitve, ki se jih zagotavlja (tudi) v mreži javne zdravstvene službe (v nadaljevanju: MJZS), je treba zaradi zaščite zavarovanih oseb opredeliti najvišje zneske zasebnih plačil, ki jih mora na leto poravnati posamezna zavarovana oseba (»najvišje letno zasebno plačilo« v MJZS).
- Za izločene storitve, ki se jih zagotavlja tudi v MJZS, se mora opredeliti posebna ureditev (storitve, ki jim mora MJZS zagotavljati, a jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne financira).
- Solidarnosti pri prejemu izločenih storitev med zdravimi in bolnimi praktično ne bi bilo več. Izločene storitve se bodo pretežno financirale s samoplačniškimi sredstvi, kar pomeni večje obremenitve za bolj bolni del populacije; podobno bo tudi v primeru ponudbe prostovoljnih zavarovanj, za sklenitev katerih bi imele interes zgolj osebe, ki potrebujejo izločene storitve, zato bo temu ustrezno tudi obnašanje zavarovalnic.

## **8 ZAKLJUČEK**

Pregled vseh treh variant, v katerih predlaga Ministrstvo za zdravje spreminjanje financiranja zdravstvenega varstva, kaže, da obstajajo pri vseh različicah določene nedorečenosti oziroma pasti, zaradi katerih bi bile lahko posledice za celoten zdravstveni sistem in s tem za zavarovane osebe bistveno drugačne, kot se jih je

---

<sup>8</sup> Ni čisto jasno, kakšni naj bi bili kriteriji za izločitev zdravstvenih storitev. Najbrž bi morali kriteriji upoštevati vsaj: (a) medicinski pomen storitve, (b) pomen storitve z vidika premoženjske socialne varnosti posameznika, (c) cene storitve in (d) frekvence njene uporabe.

predpostavilo pri simulacijah in izračunih. Očitno bo potreben že pri samih izhodiščih natančen razmislek, kako tudi v bodoče v financiranje zdravstvenega varstva vključevati čim več zasebnih sredstev, ki bodo v prihodnjih obdobjih, ko bodo razlike med potrebami in možnostmi še naraščale, tista rešilna bilka, ki bo lahko zagotavljala vsebinsko stabilnost in finančno vzdržnost. Pri tem razmisleku lahko zdravstveni politiki v veliki meri pomagajo tudi zavarovalnice, ki bi pri tem svoje poslovne interese gotovo znale postaviti na ustrezno mesto.

## **LITERATURA IN VIRI**

- [1.] Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, Ministrstvo za zdravje RS, februar 2011
- [2.] Zakon o zavarovalništvu – uradno prečiščeno besedilo (ZZavar-UPB2), Uradni list RS, št. 109/2006
- [3.] Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – uradno prečiščeno besedilo (ZZVZZ-UPB3), Uradni list RS, št. 72/2006

## POVEČANJE ALI ZMANJŠANJE SOLIDARNOSTI?

Robert Sraka<sup>1</sup>

*Eden od ciljev zdravstvene reforme naj bi bil povečanje deleža javnih sredstev za financiranje zdravstva s 73 odstotkov na 80 in ustrezno zmanjšanje zasebnih sredstev, ki jih sestavljajo predvsem premije dopolnilnega zavarovanja in neposredna plačila storitev »iz žepa«. Ministrstvo za zdravje je nakazalo tri možnosti, kako postopoma priti do povečanja javnih sredstev pri zagotavljanju zdravstvenih storitev. Dve od teh predvidevata ukinitvev doplačil in s tem dopolnilnega zavarovanja, tretja pa bistveno zmanjšanje obsega slednjega. Podlaga za spremembe pa bo nujno redefinicija košarice pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj je ta v Sloveniji zdaj praktično univerzalna.*

*Pomemben razlog za spremembo načina plačevanja naj bi bilo povečanje solidarnosti, saj naj bi tisti, ki imajo večje dohodke, v prihodnje plačevali več kot do sedaj. To povečanje solidarnosti pa ima svoje pasti - v okviru dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja imamo namreč sedaj solidarnost med zdravimi in bolnimi ter mladimi in starejšimi. V primeru ukinitve dopolnilnega zavarovanja se bo dohodkovna solidarnost povečala pri tistih storitvah, ki bodo ostale v košarici pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pri storitvah, ki bodo iz te izvzete, pa solidarnosti praktično ne bo več, saj glede na pričakovano strukturo izločenih storitev ne moremo pričakovati, da bi se pomemben del teh sredstev zbral v obliki zavarovalne premije. S tem bo povečanje solidarnosti na eni strani povzročilo ukinitvev solidarnosti na drugi.*

### 1 UVOD

Med glavnimi cilji napovedane nadgradnje zdravstvenega sistema do leta 2020 je povečanje deleža BDP za zdravstvo s sedanjih 8,9 odstotka na 10 odstotkov ter povečanje deleža javnih sredstev za financiranje zdravstva s 73 na 80 odstotkov. Minister za zdravje je nakazal več možnih poti do omenjenih ciljev, spremenljivki pri tem pa sta višina povečanja prispevne stopnje in košarica pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Ob tem vse poti vodijo do bistvenih sprememb v doplačilih in s tem v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju.

Če upoštevamo sedanji delež dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v skupnih sredstvih za financiranje zdravstva, ki znaša okrog 13 odstotkov, potem lahko povečanje deleža javnih sredstev v napovedanem odstotku poenostavljeno

---

<sup>1</sup> Direktor sektorja za razvoj in izvajanje zavarovanj, Vzajemna, d. v. z.

razumemo tako, da naj bi se približno polovica sredstev, ki se sedaj zbere z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, zbrala v okviru obveznega zavarovanja, polovica pa bi predstavljala zasebna sredstva - bodici v obliki plačil in žepa, bodisi v obliki zavarovanja. Ključno vprašanje pri tem pa je, ali bi se s tem solidarnost v sistemu povečala ali zmanjšala in na to poskušamo odgovoriti v nadaljevanju.

## **2 IZHODIŠČA ZA REFORMO**

Cilj zdravstvene reforme je torej povečanje deleža javnih sredstev za financiranje zdravstva s 73 odstotkov na 80 in ustrezno zmanjšanje zasebnih sredstev – slednja sedaj sestavljajo predvsem premije dopolnilnega zavarovanja in neposredna plačila storitev »iz žepa«. Ministrstvo za zdravje je nakazalo tri možnosti, kako postopoma priti do povečanja javnih sredstev pri zagotavljanju zdravstvenih storitev. Prva možnost je povišanje prispevne stopnje za dve odstotni točki in ohranitev sedanje košarice pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Slednje bi vse storitve krilo v celoti, kar pomeni, da ne bi bilo več doplačil in s tem tudi ne dopolnilnega zavarovanja. Ob tem ministrstvo računa na »manjše povpraševanje po nepotrebnih storitvah«, ki se zdaj pretežno plačujejo iz dopolnilnega zavarovanja. Katere so te storitve? Tako imenovane nepotrebne ali manj pomembne so storitve, pri katerih je sedaj določeno doplačilo v višini 90 odstotkov (ob takšnem odstotku o doplačilu že težko govorimo – bolj gre za 10-odstotno subvencijo s strani obveznega zavarovanja): to so zdravila z vmesne liste, nenujni reševalni prevozi, zobna protetika, zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega, ter nekateri medicinsko-tehnični pripomočki (na primer očala).

Tudi druga možnost predvideva ukinitvev dopolnilnega zavarovanja, in sicer ob nekoliko manjšem povišanju prispevne stopnje (za 1,4 odstotne točke) ter »prevetritvi« ali po domače zmanjšanju košarice pravic. Kandidati za izločitev iz košarice pravic so predvsem storitve, ki se trenutno pretežno plačujejo iz dopolnilnega zavarovanja.

V sklopu tretje možnosti pa ni predvidena ukinitvev dopolnilnega zavarovanja, pač pa njegovo krčenje, ker bi tudi v tem primeru nekoliko povečali prispevno stopnjo (za 0,57 odstotne točke) in zmanjšali košarico pravic. Kandidati za zmanjšanje pa ostajajo isti.

Prva omenjena možnost je najbrž zgolj teoretična, saj bi pomenila, da bi se delež javnih sredstev za financiranje zdravstva povišal na približno 90 odstotkov, s čimer bi bil najvišji med vsemi evropskimi državami. Že napovedani 80-odstotni delež je višji kot v drugih državah s sistemom socialnega zdravstvenega zavarovanja (delež v Franciji je na primer 77,7 %, v Nemčiji pa 76,7 %, medtem ko je povprečje Evropske unije 73,6 %). Realno je pričakovati drugi ali tretji scenarij, oba pa sta izvedljiva zgolj ob redefiniranju košarice pravic. Ta je v Sloveniji praktično univerzalna, saj obvezno zdravstveno zavarovanje vključuje skoraj vse zdravstvene storitve, ki so na voljo.

»Prevetritev« košarice torej pomeni, da bo treba povedati, katere storitve ne bodo več predmet obveznega zavarovanja – te si bodo zavarovanci morali plačati sami »iz žepa« ali pa se, če bo to omogočeno, zavarovati.

O prevetritvi pravic lahko sicer zaenkrat zgolj ugibamo, zagotovo pa so glede na predvideni obseg prihrankov glavni kandidati predvsem storitve, ki jih že zdaj v 90 odstotkih krije dopolnilno zavarovanje. Z znižanjem pravic naj bi se zmanjšal obseg »nepomembnih« storitev, prebivalstvu pa bi se povečali razpoložljivi dohodki. Ali res in kateremu delu prebivalstva?

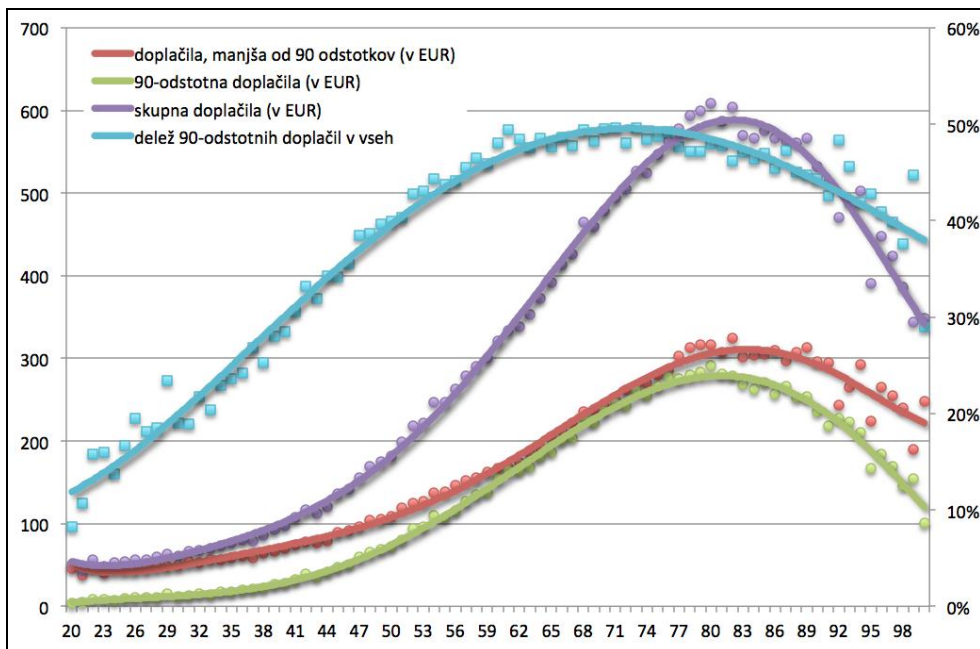
### **3 KAJ KAŽEJO PODATKI**

Za razliko od večine drugih, ki govorijo o reformi, imajo zavarovalnice zelo podrobne podatke o opravljenih in zaračunanih zdravstvenih storitvah. Na podlagi teh podatkov lahko pripravimo natančne izračune in ocenimo, katere skupine bi bile v primeru zmanjšanja pravic iz obveznega zavarovanja najbolj prizadete in kako bi povečanje solidarnosti s povečanjem obsega javnih sredstev v zdravstvu po drugi strani pomenilo zmanjšanje vzajemnosti med zdravimi in bolnimi.

Predpostavimo torej, da dopolnilnega zavarovanja ne bi bilo več (namesto tega bi vsi plačevali višji prispevek za obvezno zavarovanje, medtem ko bi upokojenci plačevali nov prispevek od pokojnine), storitve, ki so zdaj v 90 odstotkih krite iz dopolnilnega zavarovanja, pa bi bile izločene iz obveznega zavarovanja (ni nujno, da bi bile izvzete iz obveznega zavarovanja vse tovrstne storitve, ampak zaenkrat načrtov ministrstva za zdravje ne poznamo podrobneje). Te storitve bi morali bolniki plačevati sami ali pa se zanje zavarovati, če bi zavarovalnice takšna zavarovanja ponudile. Pa jih lahko ponudijo?

V analizi smo uporabili podatke zdravstvene zavarovalnice Vzajemna za eno leto. Preučili smo stroške doplačil po starosti, in sicer ločeno za tiste storitve, pri katerih znaša odstotek doplačila 90 odstotkov, ter tiste, pri katerih je odstotek doplačila nižji. Glede na predvidene spremembe v financiranju je vprašanje predvsem, ali obstaja med obema skupinama storitev bistvena razlika v strukturi (ta bi lahko vplivala na averzijo do rizika v primeru oblikovanja drugačne oblike prostovoljnega zavarovanja) in kakšna je odvisnost stroškov od starosti (to vpliva na možnost oblikovanja enotne premije za potencialno dodatno zavarovanje za vse starostne skupine). Podatki kažejo, da obstaja med obema skupinama storitev bistvena razlika (Slika 1).

**Slika 1:** Povprečno letno doplačilo po starosti – za storitve z doplačilom manj kot 90 odstotkov, za storitve z 90-odstotnim doplačilom in skupaj (\*Delež 90-odstotnih doplačil glede na vsa doplačila je na desnem merilu.); Vir: Vzajemna



**V doplačilih predstavlja bistveno razliko starost** – mlajši pretežno uporabljajo samo storitve, pri katerih je doplačilo manjše od 90 odstotkov (taka so na primer doplačila pri pregledu pri zdravniku ali pri operacijah v bolnišnici), pri starejših pa je delež storitev z 90-odstotnim doplačilom velik. Skupna doplačila za mlade znašajo v povprečju približno 50 evrov na leto, pri 80-letnikih pa že skoraj 600 evrov. Razmerje povprečnih stroškov med 25- in 80-letnikom je:

- 1 : 11,3 za vsa doplačila skupaj
- 1 : 7,1 za storitve, kjer je doplačilo manjše od 90 %
- 1 : 32,6 za storitve z 90-odstotnim doplačilom.

Podrobnejši podatki razkrivajo tudi porazdelitev doplačil znotraj posamezne starostne skupine. **Iz teh podatkov vidimo, da obstajajo tudi mladi uporabniki storitev, ki imajo nizko doplačilo** – tudi pri nizki starosti ima škodo v enem letu okrog 85 odstotkov mladih, res pa je, da so te škode dokaj nizke. Drugače je pri starejših, saj pri več kot 60 odstotkih te populacije beležimo povprečne stroške, ki presegajo sto evrov letno, pri 40 odstotkih so stroški večji od dvesto evrov, pri desetih odstotkih pa znašajo celo več kot sedemsto evrov. To lahko prikažemo tudi kot obremenitev z doplačili (Slika 2). Vidimo, da se s starostjo delež oseb z visokimi

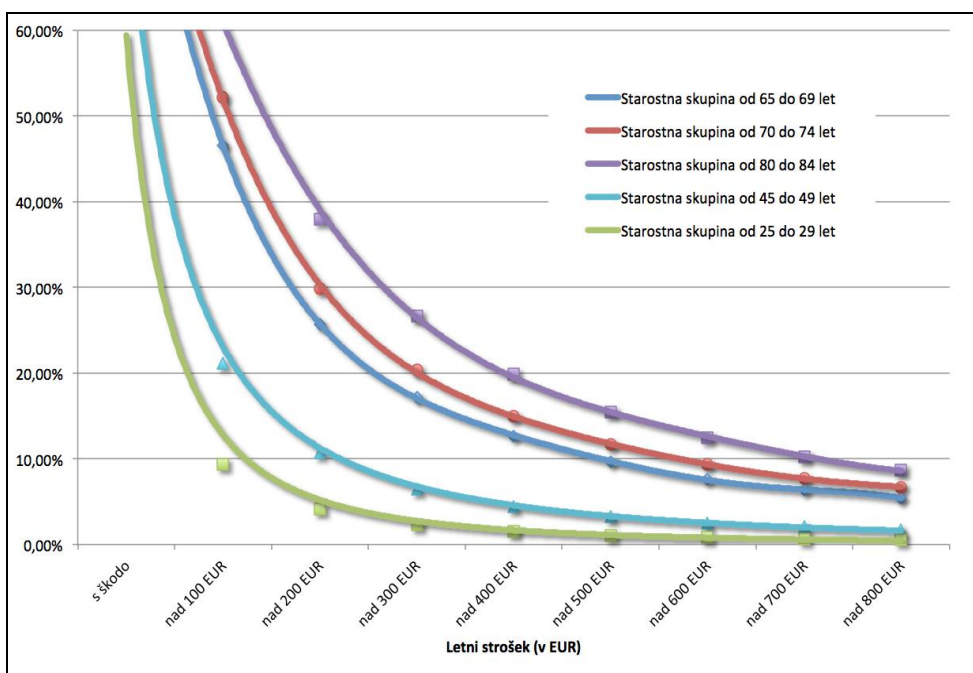


doplačili povečuje, z grafa pa lahko to tudi neposredno odčitamo. Ključni ugotovitvi sta:

- večina zavarovancev ima v posameznem letu vsaj eno škodo – to velja tudi za mlajše zavarovance;
- tudi pri nižjih starostih je lahko doplačilo znatno (najvišja doplačila presegajo 30.000 evrov letno).

**Glede na ti dejstvi je smiselno, da tudi mladi sklenejo zavarovanje in se tako ognejo morebitnim visokim stroškom.** Kljub temu da mladi zavarovanje preplačujejo štirikratno (škode in stroški so približno štirikrat nižji od povprečne premije), se z zavarovanjem ognejo realnemu tveganju.

**Slika 2:** Obremenitev z »nizkim« doplačilom glede na starost (v deležu oseb posamezne starostne skupine)

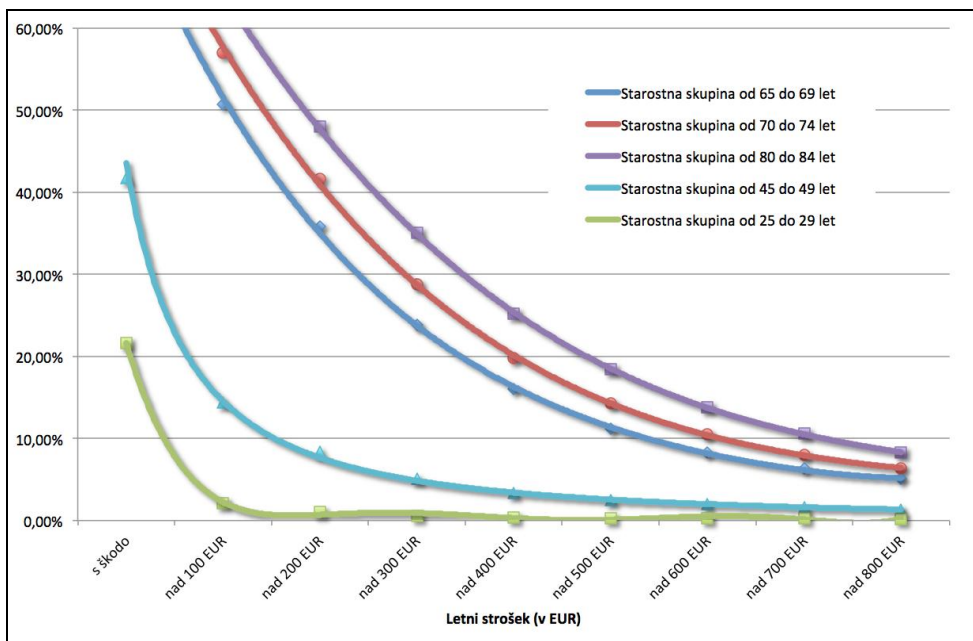


Če na enak način obdelamo še podatke za storitve, pri katerih je doplačilo 90-odstotno, pa dobimo precej drugačno podobo. Velik del mladih tovrstnih storitev sploh ne uporablja. **V najmlajši starostni skupini uporabi te storitve v okviru enega leta zgolj 20 odstotkov oseb in še pri teh so povprečni stroški nižji od sto evrov.** Stroški začnejo počasi naraščati šele po štiridesetem letu starosti. **A povsem drugače je pri starejših** – pri skoraj petini oseb, starih od 80 do 90 let, ti stroški presegajo 500 evrov. Obremenitev z 90-odstotnim doplačilom po starostnih skupinah nam kaže Slika 3, s katere razberemo, da:

- ima v starostni skupini od 70 do 74 let 30 % oseb teh doplačil za več kot 300 evrov na leto in več kot 11 % oseb za več kot 600 evrov na leto;
- ima v starostni skupini od 80 do 84 let 37 % oseb teh doplačil za več kot 300 evrov na leto in skoraj 10 % oseb za več kot 800 evrov na leto.

Kaj bi se zgodilo, če te storitve ne bi bile več krite z zavarovanjem? **Glede na strukturo stroškov po starosti ne moremo pripraviti dodatnega zavarovanja, ki bi imelo enako premijo za vse starostne skupine in hkrati pričakovati še bolj ali manj univerzalne zavarovanosti.** To se zagotovo ne bi zgodilo. Če pa bi bile premije določene po starostnih razredih, bi za starostni razred od 70 let naprej povprečna premija znašala okrog 400 evrov letno. Razlog za tako visoko premijo v primerjavi s sedanjim dopolnilnim zavarovanjem izhaja iz dejstva, da ima pri dopolnilnem zavarovanju veliko vlogo vzajemnost oziroma medgeneracijska solidarnost (to je razvidno tudi s Slike 1). Če zavarovanje ne bi več vključevalo plačil za storitve, ki predstavljajo večje tveganje tudi za mlade, ne moremo pričakovati, da se bodo ti vključevali v zavarovanje. Zavarovanje bi bilo torej zgolj zavarovanje za starejše. **Dopolnilno zdravstveno zavarovanje ima sedaj za starejše zelo pomembno vlogo, saj zagotavlja praktično univerzalno dostopnost do vseh zdravstvenih storitev.** Temu bi se z morebitnim zmanjšanjem košarice obveznega zavarovanja odpovedali.

**Slika 3:** Obremenitev z 90-odstotnim doplačilom glede na starost (v deležu oseb posamezne starostne skupine)



#### 4 POSLEDICE ZMANJŠANJA PRAVIC

Če bi morali za storitve, ki so zdaj 90-odstotno krite iz dopolnilnega zavarovanja, plačevati sami, bi to pomenilo, da bi imela več kot tretjina starejših od 70 let s tem za več kot 300 evrov stroškov na leto, v povprečju pa celo okrog 700 evrov, kar je skoraj trikrat toliko, kolikor sedaj znaša premija dopolnilnega zavarovanja. Zaradi visoke škodne pogostosti bi bilo tudi morebitno zavarovanje zelo drago – zavarovanje za osebe, starejše od 70 let, bi stalo vsaj 400 evrov letno, saj novo zavarovanje ne bi moglo vsebovati takšne stopnje vzajemnosti kot zdajšnje dopolnilno zavarovanje, poleg tega pa ne moremo pričakovati, da bi se mladi množično zavarovali. Zato **bodo bistvene spremembe v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju, če slednjega ne bo nadomestilo obvezno pogodbeno zavarovanje, nujno vodile v povečanje neposrednih plačil**. Ta neposredna plačila obremenjujejo izključno bolne in v večji meri starejše.

To nas pripelje do začetne dileme – katere storitve so manj pomembne ali celo nepotrebne in zakaj jih kljub temu zdravniki predpisujejo in zavarovalnice plačujejo. Če ne bo sprememb pri predpisovanju zdravil, se bodo po reformi starejši znašli pred dilemo, kako do zdravil in drugih storitev, ki jih sedaj prejemajo v okviru »univerzalne košarice« storitev. **Neposredna plačila bodo za del starejše populacije bistveno višja od premije, ki jo plačujejo zdaj, poleg tega pa bodo obremenjeni še z novim obveznim prispevkom**. Najbrž ne moremo pričakovati, da se bodo bolniki sami odločali, katera tri od, denimo, predpisanih petih zdravil bodo jemali, ker pač za vsa ne bodo imeli denarja, ali da bodo bolni sami znali presoditi, kdaj se morajo v bolnišnico peljati s sanitetnim prevozom in kdaj bo zadoščal tudi javni prevoz.

Pri zdravstvenih storitvah trg ne deluje zaradi velike asimetrije informacij. Četudi se spremeni plačnik (namesto zavarovalnice to postane zavarovanec sam), ne moremo pričakovati, da bodo bolniki tisti, ki bodo regulirali porabo. Ko zbolimo, pričakujemo, da bo zdravnik predpisal vse tisto, kar je potrebno. Odgovornosti za racionalno izvajanje zdravstvenega varstva zato ni mogoče prenesti (izključno) na bolnike. Če bi racionalno predpisovali storitve in zdravila že zdaj, bi bili že sedanji stroški za zdravstvene storitve nižji, s čimer ne bi bilo treba prenašati stroškov na dopolnilno zavarovanje in s tem zmanjševati deleža javnih sredstev v zdravstvu.

#### 5 POVEČANJE ALI ZMANJŠANJE SOLIDARNOSTI

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je imelo v preteklih letih učinkovito vlogo pri zagotavljanju sredstev za določen del storitev, vendar pa zavarovalnice niso imele možnosti vplivati niti na njihovo ceno niti na obseg. Dokler zavarovalnice zgolj doplačujejo storitve, ki so sicer predmet urejanja obveznega zavarovanja, večjega koraka naprej pri tem ni mogoče pričakovati, zato ponavljajoči se predlogi o ukinitvi dopolnilnega zavarovanja niso presenečenje. A dejstvo je, da **z javnimi sredstvi ne**

**bo mogoče ponuditi tako širokega kritja za storitve, kot ga trenutno zagotavlja kombinacija obveznega in dopolnilnega zavarovanja.** Če se bo obseg kritja znižal, to pomeni, da se bo povečal delež plačil »iz žepa«. Ta je sedaj v Sloveniji med najnižjimi v Evropi. Plačila »iz žepa« pa pomenijo, da ni več solidarnosti med bolnimi in zdravimi, saj plačajo samo bolni. In večina bolnih je starejših ...

**Velik obseg vzajemnosti med zdravimi in bolnimi ter med mladimi in starejšimi je pomembna vrednota, ki je bila vpeljana z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, zato bi morale spremembe v financiranju zdravstva to vrednoto v čim večji meri ohraniti.** To je mogoče zgolj z zavarovanjem z visoko stopnjo zavarovanosti. Podatki iz drugih držav Evropske unije kažejo, da so države visoko stopnjo zavarovanosti dosegle zgolj pri dopolnilnih zavarovanjih (pa še to zgolj v Franciji in Sloveniji) ter pri obveznem pogodbenem zavarovanju (Nizozemska). Če ne želimo bistvenega povečanja neposrednih plačil »iz žepa«, potem sta to edini možnosti.

Kako do takšnih sprememb? Obstaja več možnih poti, in sicer: spremembe v obstoječem dopolnilnem zavarovanju, oblikovanje obveznega pogodbenega zavarovanja k (skrčenemu) dopolnilnemu ali nadomestitev dopolnilnega zavarovanja z obveznim pogodbenim. Tako bi postale zavarovalnice pri novem dodatnem zavarovanju partner ministrstvu in izvajalcem oziroma bi glede na cilje zdravstvene politike optimizirale storitve v okviru tega zavarovanja. S tem bi lahko postopoma spremenili in optimizirali košarico storitev. Dodatnih možnosti je še nekaj – tudi na primer uvedba »participacije« v višini enega evra pri prvem obisku pri zdravniku ali pri izdaji zdravila, kot obstaja v drugih državah, bi nekoliko znižala stroške in mogoče vplivala tudi na rabo storitev. Glede na vzpostavljeni on-line sistem zdravstvenega zavarovanja bi bilo dokaj preprosto vgraditi tudi omejitve (kot je na primer najvišja skupna kvartalna »participacija«), pa tudi pri izvajalcih zdravstvenih storitev ne bi bilo treba izvesti nobenih sprememb, ker bi lahko zaračunavanje in plačevanje potekalo preko zavarovalnic ob mesečnih računih.

Kaj pa druga zavarovanja? Spremembe v sistemu zagotovo zmeraj pomenijo tudi priložnost. A ostati moramo realni – vsako povečanje javnih sredstev v zdravstvu nujno pomeni zniževanje obsega prostovoljnih ali zasebnih zavarovanj in to bo na trg slednjih gotovo vplivalo. Oteževalna okoliščina pri zasebnih zavarovanjih ostaja dejstvo, da v Sloveniji nimamo zasebne infrastrukture na sekundarni ravni. Zasebne storitve se torej končajo pri bolj ali manj zahtevni diagnostiki, od tu naprej pa imamo zgolj javne bolnice. Zato **ne moremo pričakovati, da se bodo lahko v večji meri razvila druga zavarovanja.** Opozoriti pa velja tudi na način, kako se storitve, ki bi se izločile iz obveznega zavarovanja, sedaj obravnavajo - kot nepotrebne ali celo nekoristne. Kako lahko potem pričakujemo, da bodo zavarovalnice uspešne pri prodaji zavarovanj? **Bodo ponujale »najboljše zavarovanje za nepotrebne storitve«?**

Tudi sicer so zasebna zdravstvena zavarovanja zmeraj odvisna od tega, kako deluje javno zdravstvo. V Veliki Britaniji je imelo v devetdesetih letih preteklega stoletja pomembno vlogo vzporedno zavarovanje, ker so bile čakalne dobe v javnem oziroma državnem zdravstvenem sistemu dolge. Takrat so z vzporednimi zavarovanji zbrali približno 3,3 odstotka skupnega denarja za zdravstvo. Ko pa je država v zadnjih letih bistveno povežala delež sredstev za državni zdravstveni sistem, so se čakalne dobe skrajšale, zanimanje za vzporedna zavarovanja pa bistveno zmanjšalo – delež vzporednih zavarovanj v skupnem denarju za zdravstvo zdaj znaša le še približno odstotek. Če potegnemo vzporednico s številkami v Sloveniji: pri nas bi to pomenilo okrog 30 milijonov evrov, zavarovalnice pa sedaj zberejo dobrih 400 milijonov.

Dejstvo je, da je usoda doplačil in dopolnilnih zavarovanj stvar politične odločitve, poslovanje zavarovalnic, ki izvajajo zdravstvena zavarovanja, pa bo ključno odvisno od te politične odločitve. Gotovo se bodo s spremembami pokazale tudi priložnosti, vendar bi zmanjšanje košarice pravic in s tem ukinitvev sedanje univerzalne košarice nujno privedla do povečanja neposrednih plačil. **Zelo narobe bi bilo, da bi iz »ideoloških« razlogov in prepričanja, da bi morali »bogati« plačati več in zavarovalnice delati zastonj, bistveno zmanjšali vzajemnost med bolnimi in zdravimi ter s tem ogrozili zdravstveno najbolj občutljive skupine zavarovancev.** Zato morajo biti spremembe postopne in premišnjene, predvsem pa takšne, da ne bodo privedle do povečanja plačil za zdravstvene storitve »iz žepa«.

## LITERATURA IN VIRI

- [1.] Ministrstvo za zdravje, Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, Ljubljana, februar 2011; pridobljeno na spletni strani [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/za\\_konodaja/Nadgradnja\\_zdr\\_sistema\\_do\\_2020/NADGRADNJA\\_ZDRAVSTVENE\\_GA\\_SISTEMA\\_DO\\_LETA\\_2020.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/za_konodaja/Nadgradnja_zdr_sistema_do_2020/NADGRADNJA_ZDRAVSTVENE_GA_SISTEMA_DO_LETA_2020.pdf), 23. 2. 2011
- [2.] Thomson, S., Mossialos, E.: Private health insurance in the European Union, 2009; pridobljeno na spletni strani: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3211&langId=en>, 10. 2. 2011
- [3.] Health at a glance: Europe 2010; pridobljeno na spletni strani: [http://ec.europa.eu/health/reports/european/health\\_glance\\_2010\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2010_en.htm), 10. 2. 2011
- [4.] Interno gradivo Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d. v. z.

## SOCIALNA IN DRUGA ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA

Dušan Kidrič<sup>1</sup>

*Zdravstvena tveganja prebivalstva pokrivajo socialna in zasebna zdravstvena zavarovanja. Oboja so med seboj povezana in se ne izključujejo, pač pa se dopolnjujejo. Kakor koli bodo ali bi lahko bila oblikovana, je eden od njihovih ciljev večja socialna in dohodkovna varnost prebivalcev. Za nekatera zavarovanja je tudi primerno, da se obravnavajo kot obveznost državljanov. Kombinacija obvezne vključitve, ki zagotavlja univerzalno dostopnost in nizko premijo, ter razvoj dodatnih zavarovanj, ki odgovarja na diferencirano socialno stanje in različno zdravstveno povpraševanje, je za razvoj zdravstvenega varstva, za doseganje ciljev socialne politike in za pripravo na prihajajoče spremembe v potrebah in povpraševanju najbolj primerna. V prispevku pregledamo glavna razvojna vprašanja in probleme socialnega zdravstvenega zavarovanja in možne odgovore nanje.*

### 1 UVOD

Socialno zavarovanje je civilizacijska dediščina in dosežek. V drugi polovici devetnajstega stoletja je bilo odgovor na potrebe po večji gmotni zaščiti hitro rastoče skupine proletariata. Med svojim razvojem je zajelo številne nove socialne skupine in v drugi polovici dvajsetega stoletja postalo praktično univerzalno.

Zavarovanja, ki so jih iz komercialnih razlogov razvijali najprej morjeplovci - prevozniki, nato pa trgovci, industrijalci in drugi ekonomski agenti, so začela pokrivati poleg komercialnih tveganj tudi osebna. Razvijala so se življenjska, nezgodna, pokojninska in tudi zdravstvena zavarovanja. V nekaterih državah so ta zavarovanja dosegla skoraj popolno pokritost in v takšnih družbah je socialno zavarovanje manj obsežno ali celo predstavlja le dopolnilo k zavarovanjem, ki so organizirana kot klasični zavarovalski posel.

Razvoj obeh vrst zavarovanja še ni končan. Prilagajati se morata novim in stalno spreminjajočim se ekonomskim in socialnim danostim. Pri tem včasih obe obliki zavarovanja ponujata kritja za ista tveganja, v ponudbi se pogosto dopolnjujeta, vedno pa skušata svoj posel opraviti v zadovoljstvo svojih zavarovancev, svojih lastnikov in v skladu s politično voljo, ki jo državljani izrazijo z zakoni.

---

<sup>1</sup> Predsednik uprave, Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

## 2 KRITJE SOCIALNIH TVEGANJ

### 2.1 Socialno zavarovanje

Socialno zavarovanje je dejavnost, s pomočjo katere se zavarovancem zmanjšujejo ali odpravljajo finančne posledice dogodkov, ki za zavarovance pomenijo manjše tekoče dohodke in/ali plačilo ali doplačilo za opravljene storitve. V zavarovalniškem izrazoslovju se s socialnim zavarovanjem krijejo socialna tveganja. Vpeljano in organizirano je z odločitvijo javne oblasti v ta namen ustanovljenih posebnih nosilcih socialnega zavarovanja. Pri nas so to: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zavod RS za zaposlovanje in proračun, ki opravlja nalogo nosilca socialnega zavarovanja za zavarovanje ob rojstva otroka – porodniško. Socialno zavarovanje je del sistema socialne zaščite.

**Socialna varnost so načela, pravila, dejavnosti in postopki, ki posamezniku omogočajo, da se vključi ali ostane vključen v svoje družbeno okolje in da je v tem okolju mobilen. Pri tem in s tem ima od države zagotovljene materialne in nematerialne pravice. Posameznik prispeva k financiranju socialne varnosti vsaj s plačevanjem davkov in prispevkov (obveznih dajatev).**

### 2.2 Zavarovalstvo

Za zmanjševanje posledic dogodkov, ki bi za posameznika lahko pomenile manjše tekoče dohodke ter plačilo ali doplačilo za opravljene storitve (škode), skrbijo poleg socialnih zavarovanj tradicionalno tudi zavarovalnice, ki so del sistema finančnega posredništva. V odvisnosti od tveganja, ki ga zavarovalnice zavarujejo, se posamezniki lahko vključijo v zavarovanje po sili zakona, prostovoljno posamično ali skupinsko.

## 3 GLAVNA RAZVOJNA VPRAŠANJA SOCIALNEGA ZAVAROVANJA

Osnovni in stalni premisi socialnega zavarovanja sta:

- (1) **obvezna in praviloma univerzalna vključitev v zavarovanje ter**
- (2) **obvezno in proporcionalno plačilo prispevkov za njegovo financiranje.**

To sta instrumenta, s katerima se zagotavlja institucionalizirana solidarnost med člani družbe.

Razvojna vprašanja socialnega zavarovanja pa ne ostajajo vseskozi enaka, temveč se spreminjajo, ker se spreminja okolje, v katerem socialno zavarovanje deluje.

Zaradi povezanosti obsega potrebnih sredstev za zagotovitev z zakoni priznanih pravic – dobrobiti (obvezni program) in zaradi velike pomembnosti obveznih prispevkov ter drugih javnih virov, sta temeljni vprašanja socialnega zavarovanja:

- **obseg dobrobiti** (scope of benefits) in

- **obseg in struktura javnofinančnih virov** (delež v bruto domačem proizvodu, struktura prispevkov glede na plačnika in delež financiranja iz splošnih davkov).

Zaradi spremenjene socialne strukture (demografske spremembe, drugačne oblike delovnih angažmajev, marginalizacija nekaterih socialnih skupin, dohodkovna in premoženjska diferenciacija ter drugačni in spremenjeni vzorci funkcioniranja sicer tradicionalnih družbenih oblik) predstavljajo eno največjih vprašanj socialnega zavarovanja tudi

- **vklučenost prebivalstva v obvezne sheme socialnega zavarovanja.** Industrijski tip družbene organiziranosti, v kateri je bila odvisna zaposlenost pretežna oblika in način vključitve v socialno zavarovanje, je v sodobnosti dopolnjen še z drugimi oblikami. Zaradi novih oblik družbenega funkcioniranja je treba pravila v socialnem zavarovanju prilagajati, sicer se bo povečala ogroženost nekaterih družbenih skupin. V nekaterih sicer dobro razvitih, visoki socialni zaščiti naklonjenih državah, se je vključenost že začela zmanjševati.

Vzporedno s socialnimi spremembami in povezano z javnofinančnimi omejitvami se v vseh dejavnostih, za katere so organizirana socialna zavarovanja, in v samem socialnem zavarovanju dopušča ali celo spodbuja:

- **možnost posameznikovega odločanja o obsegu kritja, ki ga zagotavlja socialno zavarovanje.** Zaradi tega se za del pravic – tveganj in za način njihovega financiranja dopuščajo in organizirajo tudi možnosti
- **dodatnih institucionaliziranih oblik financiranja** dobrobiti, ki so povezane s socialnimi zavarovanji. Lahko jih izvajajo drugi zasebni ali vsaj nedržavni nosilci financiranja (zavarovalnice, vzajemni skladi in drugi finančni posredniki).

**Povezava med javnim in zasebnim izvajanjem javne službe in kombiniranim financiranjem obveznega programa** je zaradi tega ena od glavnih tem ureditev socialne zaščite. V sistemih socialne varnosti se to kaže kot problem **opredelitve javne službe in oblikovanja njene mreže**<sup>2</sup>.

***Javna služba je sklop pravil o delovanju vanjo vključenih izvajalcev. S pravili se zagotavlja uresničevanje pravic, ki jih imajo posamezniki in ki so predpisane z ustavo, zakoni ali na njih temelječih predpisih. Za vključenost v mrežo javne službe niso relevantni: statusna oblika, lastništvo, način zbiranja in vir finančnih sredstev za plačilo storitev oziroma dejavnosti.***

---

<sup>2</sup> V odnosih med socialnim in komercialnim zavarovanjem se to kaže v izločanju določenih tveganj ali dela plačila socialnega zavarovanja za dobrobiti, ki so sicer pravica zavarovancev. Za zavarovanja posledic teh tveganj so tudi komercialne zavarovalnice del javne službe, zato so urejene posebej in še dodatno regulirane in nadzirane s strani državnih organov.



## 4 GLAVNI PROBLEMI ZDRAVSTVENEGA SOCIALNEGA ZAVAROVANJA

V vseh državah sta že dolgo temeljna problema v zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju:

- (1) obvladovanje izdatkov za javno zdravstveno službo in
- (2) zagotavljanje univerzalnega, vsekakor pa čim manj oviranega dostopa do storitev javne zdravstvene službe.

### 4.1 Obvladovanje izdatkov za javno zdravstveno službo

Izdatki za javno zdravstveno službo so druga plat pravic, ki jih imajo prebivalci. Pravice iz zdravstvenega varstva so določene z zakoni, pomenijo pa odraz politične volje, kaj in koliko zdravstvenega varstva bo kot javna služba na voljo prebivalcem. V Republiki Sloveniji obstajata politična odločitev in družbeno soglasje, da naj bodo **pravice čim bolj široke, dostop do njih čim manj omejevan** in da naj se **nabor pravic** – t.i. košarica - **ne zmanjšuje**. Vsi dosedanji poskusi krčenja pravic so propadli, vse dogajanje v okolju pa zahteva še boljši dostop, višjo kakovost in razširitev pravic ter bo obseg pravic še naprej povečevalo.

**Obseg storitev javne zdravstvene službe se že ob danih pravicah povečuje zaradi spreminjanja demografske slike in prognoze razvoja prebivalstva.** Staranje prebivalstva povečuje obseg storitev, ki jih prebivalci potrebujejo v višji starosti, boljše obvladovanje bolezni, ki jih nekdaj ni bilo mogoče uspešno zdraviti ali vsaj upočasniti njihovega napredovanja, pa zahteva trajno in drago terapijo. **Prebivalci** imajo na voljo tudi vedno več informacij o boleznih in o možnih načinih zdravljenja. Od zdravstvene službe **zahtevajo nove in** po njihovem mnenju **učinkovitejše metode zdravljenja.**

*Skupni učinek vseh vzrokov se odraža kot stalno povečevanje potrebnega obsega sredstev, ki jih javne blagajne in zasebniki namenjajo za dejavnost javne zdravstvene službe.*

Odgovor zdravstvene dejavnosti na povečane zahteve po storitvah javne zdravstvene službe so po eni strani **širitev kapacitet, uvajanje novih metod zdravljenja, diagnostičnih in terapevtskih tehnologij**, ter povečevanje zaposlenosti, po drugi strani pa se z organizacijskimi in doktrinarnimi spremembami skuša doseči boljši rezultat že z danimi zmogljivostmi. A slednje zahteva **drugačno organiziranost, drugačne modele funkcioniranja izvajalcev ter spremembe v standardih in normativih** plačevanja storitev.

Zagotavljanje sredstev za obveznosti javne službe je v Sloveniji organizirano kot obvezno **socialno zavarovanje in je kot takšno del javnega financiranja, ki je omejevano** na svoj način. Omejitve prizadenejo tudi sredstva obveznega zavarovanja, zato je treba

- **del sredstev za javno zdravstveno službo** pridobiti s sredstvi **posameznikov**, ki doplačujejo za storitve ali
- **zmanjšati obseg in število storitev**, ki jih je obvezna nuditi javna zdravstvena služba, kar je veliko težji in manj uspešen **način uskladitve javnofinančnih zahtev in obsega pravic** od prvega.

V Republiki Sloveniji je **javna zdravstvena služba** drugače kot v številnih drugih državah še **financirana brez deficita** tako na strani nosilcev socialnega zavarovanja kot tudi pri izvajalcih v mreži javne zdravstvene službe. To je doseženo s posameznikovimi doplačili k - od socialnega zavarovanja nepopolno plačanim - računom za izvajalce zdravstvenih storitev. Doplačila so lahko zavarovana zunaj sistema obveznega socialnega zavarovanja in predstavljajo zasebni vir za financiranje javnih izdatkov za obvezni program javne zdravstvene službe.

V zdravstvenem varstvu so **demografske spremembe, spremembe v medicinski doktrini in tehnološke spremembe**<sup>3</sup> izzivi, na katere je zaradi njihovih finančnih in socialnih posledic treba odgovoriti tudi s **spremembami v obsegu, strukturi in vrsti pravic** - z zdravstvom povezanih ekonomskih in finančnih tveganj in zavarovanj zanje.

Pri **plačevanju storitev** bo treba vpeljati tudi **spremembe, ki bodo manj spodbujale kvantitativno širjenje dejavnosti zdravstvenega varstva, a podpirale skrbno ravnanje in usklajenost med dejavnostjo in razpoložljivimi sredstvi**.

#### **4.2 Zagotavljanje univerzalnega dostopa do storitev javne zdravstvene službe**

Za tiste pravice, ki bodo ostale v socialnem zdravstvenem zavarovanju, bo treba ohraniti **univerzalni dostop**, vendar tudi **diferencirati stopnjo solidarnosti**. Najvišjo stopnjo solidarnosti vseh zavarovancev in s tem največji delež (ali **celoto**) **plačil** storitev in denarnih dobrobiti iz javnih sredstev bodo morale imeti (oz. ohraniti) tiste skupine zavarovancev, ki zaradi svojega gmotnega položaja in po medicinskih ter socialnih indikacijah ne bi smele biti ovirane pri dostopu do storitev zdravstvenega varstva<sup>4</sup>.

Za tiste pravice iz veljavnega sistema socialnega zavarovanja, za katere je sicer treba zagotoviti nediskriminatoren dostop vseh in vsakogar, je **kombinacija plačila iz javnih sredstev in doplačil posameznika**, ki se za to lahko zavaruje, že uveljavljena in dobro delujoča ureditev.

Za tiste pravice iz obveznega programa, ki so sočasno vedno bolj diferencirane po standardu obravnave, je najbolj primerna oblika financiranja **kombinacija doplačil**

---

<sup>3</sup> Diagnostična, terapevtska, podporni, farmacevtska.

<sup>4</sup> Ljubljanska listina Svetovne zdravstvene organizacije.

**in dodatnih plačil.** Ohranja univerzalni dostop in omogoča individualizacijo zadovoljevanja že sicer različnih potreb.

V **dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju**, ki je v Republiki Sloveniji tako razširjeno, da ima skoraj značilnost univerzalnosti, je treba še povečati enakost obravnave vseh zavarovancev. Dostop zavarovancev do tega zavarovanja mora tudi v prihodnje ostati nediskriminatoren. Premija mora v okviru ene zavarovalnice ostati enaka za vse zavarovance, vključitev v zavarovanje pa ne sme biti nikakor pogojevana z zdravstvenim stanjem. Zavarovane osebe obveznega socialnega zavarovanja, ki zaradi svojega gmotnega položaja niso sklenile zavarovanja, naj bi dobile dopolnilno zavarovanje plačano iz javnih sredstev<sup>5</sup>. Zavarovalnice zaradi starostne strukture svojih zavarovancev še naprej ne smejo pridobivati posebne rente ali imeti iz tega naslova nesorazmerno povišanih izdatkov<sup>6</sup>.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje in obvezno zdravstveno zavarovanje morata skupaj imeti učinkovit nadzor nad uresničevanjem zavarovančevih pravic in obveznosti iz zdravstvenega zavarovanja. Obvezno zavarovanje bi moralo zagotavljati analitično evidenco storitev, ki jih plačuje po posameznikih; v sklopu dopolnilnega zavarovanja je to že vpeljano. Pri dogovarjanju o cenah storitev in o drugih elementih izvedbe obveznega programa z izvajalci pa morata obvezno in dopolnilno zavarovanje nastopati skupaj.

## **5 NOVA SOCIALNA TVEGANJA**

Vedno bolj se kažejo potrebe po novih zavarovanjih za socialna tveganja, ki še niso oblikovana v ločen sistem socialnega zavarovanja. Zlasti izrazito se to zrcali pri **tveganju daljše zdravstvene in socialne prizadetosti ter odvisnosti od organizirane oskrbe** predvsem v pozni starosti. V nekaterih državah so zato že uvedli sisteme dolgotrajne oskrbe (DTO) in uredili tudi njihovo financiranje, ki je praviloma kombinacija socialnih zavarovanj in zasebnega financiranja, za katerega so prav tako razvite posebne oblike zdravstvenih zavarovanj.

V Sloveniji so že pripravljena izhodišča za ureditev **dolgotrajne oskrbe** kot posebnega sistema, ki je tesno povezan z zdravstvenim varstvom, socialnim varstvom in pokojninskim zavarovanjem. Ob tem še niso dorečene oblike medsebojne finančne povezanosti in vključitve zasebnega financiranja v zagotavljanje financiranja dolgotrajne oskrbe.

---

<sup>5</sup> Veljavna ureditev jim zagotavlja večje kritje v obveznem zavarovanju.

<sup>6</sup> Ostati mora izravnava med zavarovalnicami.

## **6 POVEZAVA SOCIALNEGA ZAVAROVANJA Z RAZLIČNIMI RESORJI**

V slovenskem upravnem sistemu so panoge socialnega zavarovanja (pokojninsko in invalidsko, zdravstveno varstvo, varstvo v primeru brezposelnosti in družinsko varstvo) razporejene med resor za delo, družino in socialne zadeve ter resor za zdravstvo. Zaradi javnofinančne narave obveznosti države in pravic posameznika je za omenjeno področje pristojno tudi Ministrstvo za finance. Skupnega resorja za socialno zavarovanje v naši državi nimamo, medtem ko v nekaterih evropskih državah takšni resorji obstajajo ali pa je zagotovljena celostna obravnava vseh socialnih zavarovanj na enem mestu na drug način.

Pomembnost med seboj tako povezanih in prepletenih atributov socialnega zavarovanja je vredna enotne obravnave in prikaza tudi v upravljavski strukturi države. Zaradi svoje nadresorske, družbene občutljivosti in finančne zahtevnosti bi morala biti to zadolžitev nekega organa, ki ima značaj vladne službe. Ad hoc se to sicer opravi predvsem ob vprašanih javnega financiranja skupaj z razpravo o proračunskih dokumentih države, vendar je takrat poudarek skoraj izključno na (javno) finančnih vprašanih. Stalno in večpredmetno spremljanje pa v strukturi javne uprave manjka, zato so nekatere rešitve med posameznimi panogami socialnega zavarovanja neusklajene ali so si včasih celo nasprotne.

Večjo usklajenost bi delno lahko dosegli s projektnim načinom dela; še bolj učinkovito pa bi bilo, če bi s svojo polno obveznostjo in zadostno hierarhično kompetenco za začetek izgradnje enotne obravnave socialnega zavarovanja skrbela posebna služba na vladni ravni. Ob tem **na ravni nosilcev socialnega zavarovanja ne bi bilo napak preveriti tudi možnosti ustanovitve skupnega zavoda za socialno zavarovanje.**

## **7 ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA, KI NISO SOCIALNA ZAVAROVANJA**

**Socialna zavarovanja predstavljajo socialno infrastrukturo:** z njimi se prebivalcem zagotavljajo storitve splošnega pomena. Kot vsaka infrastruktura je tudi socialna infrastruktura pogojena zgodovinsko in tehnološko. Vsebina kritja oziroma vrsta tveganj se v času spreminja. Tako so bila v obdobju slabe higiene največja tveganja povezana s tistimi – predvsem nalezljivimi – boleznimi, za katerimi so naenkrat oboleli številni prebivalci določenega območja. Tam, kjer so z boljšo in bolj zdravo vodooskrbo opremili večino naselij ter poskrbeli za druge sanitarne ukrepe in vpeljali splošno obveznost cepljenja, se je tveganje za nekatere tovrstne bolezni zmanjšalo do te mere, da so bile izkoreninjene celo v svetovnem merilu. Mnoge so izkoreninili lokalno in regionalno, tako da na nekaterih področjih ni obstajalo tveganje, da se bo na teh območjih bolezen sploh pojavila. A vseeno posameznik še vedno lahko zboli zaradi razlogov, ki so pogojeni individualno, lokalno ali stanovsko.

Iz **socialnega zdravstvenega zavarovanja** bo treba del sedanjih posamičnih in skupinskih tveganj (in kritij zanje) prenesti na druge vrste zdravstvenih zavarovanj ter jih primerno zakonsko opredeliti po obliki in vsebini. Iz socialnega zdravstvenega

zavarovanja izločena tveganja so lahko za posameznika še vedno precej visoka. Tudi zavarovalne premije za tovrstna tveganja so visoke, kar bi lahko posameznim delom prebivalstva onemogočilo ali vsaj zelo otežilo dostop do storitev zdravstvenega varstva. Zato bo tudi pri teh zavarovanjih treba **zagotoviti** čim večjo, v večini primerov pa celo **univerzalno zavarovanost**.

Splošna obveznost zavarovanja se ne doseže le s socialnim zavarovanjem. Tudi za zdravstveno zavarovanje so v nekaterih državah uvedli obveznost vključitve v zavarovanje, ki je sicer organizirano kot zavarovalniška dejavnost. Z jasnimi pravili, urejenim nadzorom in že delujočimi zdravstvenimi zavarovalnicami, takšno zavarovanje razbremenjuje javne sklade, zmanjšuje stroške dela in dosega vsaj enake socialne učinke kot socialno zavarovanje.

Druga tveganja, ki sedaj (še) niso krita s socialnim zavarovanjem, lahko pa bi bila krita z zavarovanjem v obliki finančnega posredništva, so predvsem novi in nastajajoči problemi zaradi spremenjene socialne strukture:

- Kakorkoli že si bosta dohodkovna in socialna politika prizadevali za čimmanjšo dohodkovno diferenciacijo, bo v družbi zmeraj obstajal določen delež tistih z nadpovprečno visokimi dohodki. Ti se bodo tako ali drugače skušali otresti visokih bremen, ki jih nominalno pomenijo obvezni prispevki. Namesto, da sem jim (vedno neuspešno) onemogoči pridobivanje in izkazovanje visokih dohodkov, bi bilo bolje, če bi jih prek dodatnih in vzporednih zavarovanj vključili še v druge zavarovalne sheme, ne da bi bili izločeni iz obveznosti proporcionalnega (vendar nominalno omejenega) plačila prispevkov.
- Druga skupina aktivnih prebivalcev, za katere samo sheme socialnega zavarovanja niso najbolj ustrezne, so vsi tisti, ki imajo netipične delovne angažmaje. To so tisti, ki svojo dejavnost izvajajo projektno. Projekt traja določen čas, potem pa je posameznik, preden pridobi nov projekt, v nekem obdobju brez rednih dohodkov in v zaposlitvenem smislu brezposeln. Za takšno obliko zavarovanj je najbolj primerno pavšalno celoletno zavarovanje za ista tveganja, ki jih krije socialno zavarovanje skupaj z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, ter z možnostjo dodatnih zavarovanj za plačilo tistih storitev, ki jih socialno zavarovanje ne pokriva.
- Še ena socialna danost, ki predstavlja (v skoraj vseh državah) za socialno zavarovanje poseben problem, so sezonska dela in delavci migranti. Za zdravstvena zavarovanja, ki za razliko od pokojninskih niso dolgoročna, vseeno ni dobro, da so omejena samo s trajanjem angažmaja. T.i. sezonci in migranti potrebujejo zdravstveno zavarovanje tudi za obdobje mirovanja aktivnosti ali za obdobje, ko iščejo zaposlitev drugod.
- Socialno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo bo v vsakem primeru krilo stroške samo do določene višine in izključevalo kritje stroškov, ki bi

pomenilo večjo stopnjo individualizacije in višjo raven storitev. Prav potreba po vrsti in obsegu dolgotrajne oskrbe pa je najmanj standardizirana, saj se staranje in prizadetost pri različnih posameznikih zelo razlikujeta. Te razlike laže krije individualizirano zdravstveno zavarovanje s kombinacijo denarnih prejemkov in plačila posamičnih storitev.

- Starejši prebivalci so v večini primerov zaradi svoje starosti izvzeti iz številnih zavarovalnih shem. V glavnem ne morejo skleniti življenjskih zavarovanj, težko se vključijo v nezgodna zavarovanja, zdravstvena zavarovanja za nekrita tveganja iz socialnega zavarovanja so zanje nedosegljiva. A tudi za to skupino je mogoče razviti zavarovanja, ki bi – poleg zavarovanja za dolgotrajno oskrbo – ustrezala njihovim potrebam in zmožnostim.

Kakor koli bodo ali bi lahko bila oblikovana zdravstvena zavarovanja, je eden od ciljev, ki jih z njimi lahko pomagamo doseči, večja socialna in dohodkovna varnost prebivalcev. Za nekatera zavarovanja je primerno tudi, da se obravnavajo kot obveznost državljanov, da se v zavarovanje vključijo. Kombinacija obvezne vključitve, ki zagotavlja univerzalno dostopnost in nizko premijo, ter razvoj dodatnih zavarovanj, ki ustreza diferenciranemu socialnemu stanju in različnemu zdravstvenemu povpraševanju, je za razvoj zdravstvenega varstva, za doseganje ciljev socialne politike in za pripravo na prihajajoče spremembe v potrebah in povpraševanju najbolj primerna. Razvijajmo jo!

## OBRATOVALNI STROŠKI DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

mag. Alenka Šik<sup>1</sup>

*Trditev o 70 milijonih evrov stroškov, ki jih zavarovalnice »ne porabijo v zdravstvene namene«, je napačna, zavajajoča in zato neprofesionalna. Iz letnih poročil zavarovalnic je jasno razvidno, da imajo zavarovalnice za slabih 45 milijonov evrov obratovalnih stroškov. Z ukinitvijo dopolnilnega zavarovanja bi se priliv v davčno blagajno iz naslova obratovalnih stroškov znižal za najmanj 3 milijone evrov, sam zdravstveni sistem pa bi neposredno izgubil 6 milijonov. V smislu kakovostnega nadzora nad porabo javnih sredstev za zdravstvo bi se morali stroški ZZZS povišati vsaj na povprečje porabe v EU, to je za dodatnih 50 milijonov evrov. Ob predpostavki, da bi se z ukinitvijo doplačil prispevna stopnja povišala za 2 odstotka, bi se znesek neizterjanih prispevkov ZZZS povišal za dodatnih 8 milijonov evrov. Izpad priliva zasebnih sredstev v zdravstveni sistem, zmanjšan priliv v javne finance, začetni primanjkljaj ZZZS in povečani stroški ZZZS nanesejo ob morebitni uvedbi reforme za približno 120 milijonov evrov primanjkljaja, ki ga bomo – tako ali drugače – morali pokriti vsi državljani. Ukinitev dopolnilnega zavarovanja bi prinesla tudi vsebinske in dolgoročne finančne posledice, ki pa niso predmet tega prispevka.*

### 1 UVOD

Strateški cilj zdravstvene reforme je po besedah njenih snovalcev »vzpostavitev prožnega zdravstvenega sistema, ki bo s kakovostnimi in varnimi zdravstvenimi storitvami učinkovito zadovoljeval potrebe državljanov in državljanek«<sup>2</sup>. Med drugim naj bi k temu cilju pripomogla tudi ukinitev dopolnilnega zavarovanja. Gre za »70 milijonov stroškov zavarovalnic, ki ne gredo v zdravstvene namene«<sup>3</sup>. »Če bodo sredstva prepuščena javni blagajni, jih bo ta, že zdaj dokazljivo, boljše upravljala.« ... »70 milijonov evrov ostaja državljanom na razpolago. Prepričan sem, da bi jih porabili za boljše zdravje«<sup>4</sup>.

Pustimo zadnjo trditev ob strani. Na tem mestu prav tako ne bomo komentirali trditve o doseganju večje »prožnosti« sistema, saj ukinitev zavarovanja prožnost

---

<sup>1</sup> Direktorica razvoja zdravstvenih zavarovanj, Adriatic Slovenica, d. d.

<sup>2</sup> Ministrstvo za zdravje, Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020.

<sup>3</sup> Intervju z ministrom za zdravje v Sobotni prilogi časnika Delo, 26. 2. 2011.

<sup>4</sup> Intervju z ministrom za zdravje v prilogi časnika Večer »V soboto«, 19. 2. 2011.

financiranja kvečjemu zmanjša, ker je tako odpravljen tudi učinkovit mehanizem »amortiziranja« med potrebami javnega sistema in razpoložljivimi sredstvi.

V prispevku se osredotočamo na analizo obratovalnih stroškov zavarovalnic, ki se ukvarjajo z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, v primerjavi z obratovalnimi stroški Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Prikazani so bilančni podatki stroškov zavarovalnic in primerjava s stroški ZZZS. Opisana je razlika v poslovanju ZZZS in zavarovalnic, ki izhaja iz različnih zakonskih podlag. Ob koncu so na kratko predstavljene posledice ukinitve dopolnilnega zavarovanja in to, kolikšen bi bil resnični »prihranek«, če bi ga ukinili.

## **2 OBRATOVALNI STROŠKI ZAVAROVALNIC**

Najprej moramo razlikovati med pojmom »razlika med premijami in škodami« in »obratovalni stroški«. Razlika med čistimi prihodki od zavarovalnih premij in čistimi odhodki za škode je v letih 2007 in 2008 povprečno znašala 59 milijonov evrov, leta 2009 63 milijonov, leta 2010 pa celo le 31 milijonov evrov. Skupni obratovalni stroški zavarovalnic se v zadnjih letih gibljejo od 45 do 47 milijonov evrov. Leta 2010 je bila torej razlika med premijami in škodami manjša, kot so znašali sami obratovalni stroški, kar pomeni, da bodo za leto 2010 zavarovalnice izkazovale izgubo. Iz tega razloga so se marca 2011 tudi povišale premije, saj bi se drugače izguba nadaljevala tudi letos.

**Trditev o 70 milijonih evrov stroškov, ki jih zavarovalnice »ne porabijo v zdravstvene namene«, je torej napačna, zavajajoča in zato neprofesionalna.**

Izhaja iz neresničnih podatkov, ki se pojavljajo tako v medijih kot uradnih dokumentih Ministrstva za zdravje, da zavarovalnice letno zberejo 420 milijonov evrov premije in izplačajo 350 milijonov evrov škod. Resnični podatki za leto 2010 so 402 milijona evrov zbranih premij in 369 milijonov evrov škod. Ali je napaka samo akademske narave? Ne. Podatek o 350 milijonih evrov se je uporabljal tudi pri oceni Ministrstva za zdravje, koliko sredstev je treba pridobiti z dvigom prispevne stopnje za 2 odstotka, da bi nadomestili dopolnilno zavarovanje. Sama razlika približno 20 milijonov evrov bi v zamišljeni novi ureditvi za ZZZS že prvo leto pomenila negativno poslovanje.



**Tabela 1:** Skupne zavarovalne premije, škode in obratovalni stroški zavarovalnic;  
vir: Poslovna poročila zavarovalnic.

BILANČNE POSTAVKE	SKUPAJ ZAVAROVALNICE	
	2009	2010
ČISTI PRIHODKI OD ZAVAROVALNIH PREMIJ	403.365.226	400.571.466
ČISTI ODHODKI ZA ŠKODE	339.591.183	369.626.980
ČISTI OBRATOVALNI STROŠKI	47.989.469	44.992.571
Razlika PREMIJE-ŠKODE	63.774.043	30.944.486
DRUGI OBRATOVALNI STROŠKI	14.849.453	14.056.792
Približno 1/3 čistih obratovalnih stroškov predstavljajo drugi obratovalni stroški, ki <ul style="list-style-type: none"> <li>a) so prihodki drugih (banke, pošte, tiskarne, IT ...)</li> <li>b) gredo nazaj v zdravstvo               <ul style="list-style-type: none"> <li>- sistem KZZ</li> <li>- računalniška in programska oprema</li> <li>- izvajalcev zdravstvenih storitev</li> </ul> </li> </ul>		

Poglejmo podrobneje postavke obratovalnih stroškov. Neposredni stroški dela predstavljajo približno polovico čistih obratovalnih stroškov zavarovalnic. Približno tretjino vseh obratovalnih stroškov, to je 15 milijonov, predstavljajo stroški, ki so ali prihodek drugih, kot so na primer bančne in poštno storitve, računalniške storitve, tiskarske storitve in podobno, ali pa predstavljajo neposredna vplačila v javni zdravstveni sistem. Zavarovalnice sofinancirajo vzdrževanje sistema kartice zdravstvenega zavarovanja v višini 49 odstotkov vseh stroškov, ki jih ima ZZS kot nosilec omenjenega sistema, in sofinancirajo računalniške sisteme izvajalcev zdravstvenih storitev. Drugo so stroški pridobivanja zavarovanj.

Ob tem je treba spomniti, da so izvajalci zdravstvenih storitev neposredni prejemniki dodatnih sredstev tudi iz druge vrste virov – škod –, in sicer v obliki zakonsko določenih nadomestil v višini nekaj manj kot 3 milijone evrov na leto.

**Iz strukture obratovalnih stroškov v bilančnih podatkih zavarovalnic je razvidno, da bi se z ukinitvijo dopolnilnega zavarovanja priliv v davčno blagajno iz naslova obratovalnih stroškov znižal za najmanj 3 milijone evrov, sam zdravstveni sistem pa bi iz tega naslova neposredno izgubil 6 milijonov.**

Pomemben razlog za ukinitvev dopolnilnega zavarovanj naj bi bil poleg »visokih« obratovalnih stroškov tudi dobiček zavarovalnic. Slednje ni tema tega prispevka, a vseeno moramo omeniti nekatera dejstva. Vse tri zavarovalnice skupaj so iz naslova dopolnilnega zavarovanja v zadnjih petih letih ustvarile 22 milijonov evrov čistega dobička pri realizaciji 1,9 milijarde evrov premije, kar je 1,1 odstotka od premije (za leto 2010 so podatki še v pripravi, v vseh treh zavarovalnicah pa je napovedana

izguba). Enaka vsota denarja – ali polovica celotnega dobička – je na podlagi zakona in podzakonskih aktov knjižena pod postavko Dolgoročno odloženi prihodki iz dopolnilnega zavarovanja, kar je denar, ki je namenjen zdravstvenemu sistemu in ne lastnikom zavarovalnic. Zanimivo je bilo primerjati dobičke gospodarskih družb, katerih poslovanje je prav tako tesno vpeto v javni zdravstveni sistem (na primer dobičke farmacevtskih družb, še zlasti pa javnih lekarn).

### 3 OBRATOVALNI STROŠKI ZAVAROVALNIC PROTI OBRATOVALNIM STROŠKOM ZZZS

Na podlagi Poslovnega poročila ZZZS za leto 2010 so znašali obratovalni stroški javne zdravstvene blagajne 49,7 milijona evrov in so manjši od načrtovanih za leto 2010 za 1,8 odstotka oziroma za milijon evrov. Ti odhodki predstavljajo 2,1 odstotka vseh odhodkov ZZZS, kar je celo za 0,2 odstotni točki manj kot leta 2008. Po besedah ZZZS gre »v primerjavi z evropsko primerljivimi zavarovalnicami tega tipa ... za enega izmed najnižjih deležev, saj primerjava s sorodnimi organizacijami v državah EU kaže, da le-te porabijo tudi do 3-krat večji delež teh sredstev.« (iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2010 v pripravi).

**Tabela 2:** Operativni stroški javnega zdravstvenega sistema v nekaterih državah EU

Država	Javna zdravstvena blagajna* Operativni stroški kot delež javnih izdatkov za zdravstvo ( <i>Social security funds</i> ) - 2007
Avstrija (B)	4,6 %
Belgija (B)	4,8 %
Finska	6,2 %
Francija (B)	5,4 %
Nemčija (B)	5,8 %
Grčija	5,1 % **
Irska	2,8%**
Luksemburg	5 % **
Nizozemska (B)	4,6 %***
Slovenija (B)	2,4 %
Španija (B)	6,5 %
Velika Britanija	3,5 % **

B – Bismarckov sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja

\*Vir: OECD; <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=LMPEXP>. 2. 3. 2011.

\*\*Vir: Mossialos, E., Thomson, S.: Voluntary health insurance in the European Union. World Health Organization, 2004, str. 100. Podatki so do leta 2000.

\*\*\* Maarse, Hans: Private Health Insurance in the Netherlands, Faculty of Health, Medicine and Life Science, marec 2009

Obratovalni stroški zavarovalnic znašajo v povprečju 11,2 odstotka od pobrane premije v letu 2010 in so dejansko višji od stroškov ZZZS. Zakaj taka razlika in kakšne so posledice tega?

Temeljna razlika izhaja iz zakonsko določene narave poslovanja zavarovalnic, ki morajo obravnavati (in kontrolirati izplačilo škod) pri vsakem zavarovancu posebej. Podlago za tovrstno poslovanje predstavljajo Obligacijski zakonik (OZ, Ur. l. RS, št. 97/2007-UPB1), Zakon o zavarovalništvu (ZZavar, Ur. l. RS, št. 99/2010-UPB7), Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ, Ur. l. RS, št. 72/2006-UPB3, ...76/2008, poglavje Prostovoljno zdravstveno zavarovanje). Skladno z ZZVZZ so zavarovalnice še zlasti dolžne voditi škode tako po zavarovancih kot po storitvah. Dopolnilno zavarovanih oseb je v Sloveniji 1.430.000.

Nizki stroški ZZZS so dvorezen meč. ZZZS deluje kot javni zavod za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, za katerega ne veljajo zavarovalniška določila ZZavar, OZ in ZZVZZ o spremljanju vsake zavarovane osebe posebej. Poslovanje in nadzor nad porabo sredstev sta zato omejena izključno na odnos z izvajalci zdravstvenih storitev v javnem sistemu, ki jih je bistveno manj kot vseh zavarovancev (1.782 po Poslovnem poročilu ZZZS za leto 2009). Posledice, ki izhajajo iz tega, so jasne, in sicer nižji stroški, hkrati pa pomanjkljiv nadzor nad porabo sredstev v javnem zdravstvenem sistemu. To priznavajo tudi odgovorni na ZZZS, saj se po lastnih besedah soočajo z neučinkovito kontrolo izvajalcev. Ne glede na zakonsko določeno naravo poslovanja, s katero niso zavezani spremljati stroškov tudi po zavarovanih osebah, bi lahko že zdaj z dodatnimi kontrolami učinkoviteje nadzirali stroške zdravstvenih storitev. Dodatno spremljanje stroškov po zavarovancu, kot to zavarovalnice že počnejo in zato izkazujejo tudi višje stroške, bi bilo izključno s ciljem doseči nižjo in racionalno porabo javnih sredstev (npr. nesmiselna in prekomerna poraba zdravil, zloraba obiskov zdravnika, zloraba kartice zdravstvenega zavarovanja, prelivanje zdravil čez mejo in podobno).

**Ocenjujemo, da bi se zaradi tega stroški ZZZS povišali vsaj na povprečje porabe v EU, to je na 4 do 5 odstotkov stroškov zdravstvenih storitev, kar znaša dodatnih 50 milijonov evrov.** Znesek je višji, kot znašajo zdaj obratovalni stroški vseh treh zavarovalnic.

Tudi izterjava prispevkov na ZZZS je neustrezna. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2009 prikazuje neplačane prispevke v višini 50 milijonov evrov, kar kaže na neučinkovito izterjavo zavezancev za prispevek oziroma administratorjev plačil (delodajalcev). Tudi v tem segmentu so zavarovalnice boljše, ker to funkcijo opravljajo same. Slednje pa se posledično odraža tudi v višjih obratovalnih stroških.

**Ob predpostavki, da se z ukinitvijo doplačil in povišanjem prispevne stopnje za 2 odstotka prispevki povišajo z 2,3 milijarde evrov na 2,7 milijarde, bi se znesek neizterjanih prispevkov povečal za dodatnih 8 milijonov.**

ZZS bo torej moral povečati število zaposlenih, če bo hotel doseči kakovostno kontrolo nad porabo sredstev. Rezultat bo v prvi fazi transparenten pregled nad

porabo, v drugi fazi pa se bo poraba zmanjšala, kar je temeljni pogoj za uspešno reformo zdravstva.

**Izjava o »boljšem« upravljanju ZZZS torej nikakor ne zdrži, lahko govorimo samo o cenejšem upravljanju.**

#### **4 ZAKLJUČEK**

**»Prihranjeni« znesek:** Prvič, iz letnih poročil zavarovalnic je jasno razvidno, da ne gre za 70 milijonov »prihranka«, ampak za tretjino nižji znesek. Drugič, najmanj tretjina drugih obratovalnih stroškov se ponovno na različne načine vrača v zdravstveni sistem. Če upoštevamo zmanjšani priliv v zdravstvo v višini 6 milijonov in dodatnih 3 milijonov evrov zaradi ukinitve nadomestil izvajalcem, se »prihranjeni« znesek s 45 milijonov evrov zniža na 36 milijonov. Tretjič, ostale posledice prenosa doplačil tudi ta »prihranek« izničijo oziroma postane negativen.

**Znižanje priliva v javne finance:** Po oceni Inštituta za ekonomska raziskovanja bi se ob scenariju dviga prispevne stopnje obveznega zdravstvenega zavarovanja za 2 odstotni točki oziroma ob povečanih prispevkih v višini 356,7 milijona evrov (po izračunih ministrstva za zdravje le 350 milijonov) nateklo v državni proračun za 76,4 milijona evrov manj dohodnine. K temu prištejmo še za dodatne 3 milijone manjši priliv v davčno blagajno zaradi ukinitve plačil tretjim osebam (brez upoštevanja izgube 500 delovnih mest v zavarovalnicah), kar znaša približno 80 milijonov evrov primanjkljaja.

**Primanjkljaj javne zdravstvene blagajne:** Skupni znesek škod dopolnilnega zavarovanja je bil leta 2010 369,6 milijona evrov. Ob realizaciji scenarija povišanja prispevka za 2 odstotni točki in brez povišanja stroškov zdravstvenih storitev bi že v prvem letu po uvedbi reforme nastal primanjkljaj v višini od 13 (na podlagi analize scenarijev Inštituta za ekonomska raziskovanja) do 20 milijonov evrov (na podlagi analize scenarija Ministrstva za zdravje). V izračunu ni upoštevano morebitno povečanje stroškov zdravstvenih storitev v letu 2011 (predvsem zaradi zvišanja plač zdravstvenim delavcem), tako da je možni primanjkljaj lahko še višji.

Dodajmo k temu primanjkljaj v višini dodatnih 8 milijonov evrov neizterjanih prispevkov, kar nanese skupaj najmanj od 21 do 28 milijonov minusa. Ob predpostavki, da bi ZZZS za učinkovito poslovanje z javnimi sredstvi moral povečati obratovalne stroške na povprečje stroškov primerljivih zdravstvenih blagajn v drugih državah, bi to za javno zdravstveno blagajno v nadaljevanju – do realizacije pričakovanih učinkov – pomenilo dodatnih 50 milijonov evrov stroškov.

**Kljub »prihranjenemu« znesku bi sedanji trendi zdravstvene porabe, zmanjšan priliv v javne finance, začetni primanjkljaj ZZZS in povečani stroški ZZZS nanесли za približno 120 milijonov primanjkljaja.**

## **LITERATURA IN VIRI**

- [1.] Čok, M., Majcen, B.: Ocena posledic prenosa dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zdravstveno zavarovanje, Inštitut za ekonomska raziskovanja, Ljubljana, junij 2010, spletni vir:  
[http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/Ocena\\_posledic\\_prenosa\\_dopolnilnega\\_zdravstvenega\\_zavarovanja\\_v\\_obvezno\\_zdravstveno\\_zavarovanje.pdf](http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/Ocena_posledic_prenosa_dopolnilnega_zdravstvenega_zavarovanja_v_obvezno_zdravstveno_zavarovanje.pdf).
- [2.] Grošelj, M.: »Ne skrivam, da imam pripravljen rezervni scenarij«, intervju z ministrom za zdravje, priloga časnika Večer »V soboto«, 19. 2. 2011.
- [3.] Zupanič, M.: »Pot, ki smo jo zarisali, bo dolga deset let«, intervju z ministrom za zdravje v Sobotni prilogi časnika Delo, 26. 2. 2011.
- [4.] Ministrstvo za zdravje, Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, Ljubljana, februar 2011, spletni vir:  
[http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/za\\_konodaja/Nadgradnja\\_zdr\\_sistema\\_do\\_2020/NADGRADNJA\\_ZDRAVSTVENE\\_GA\\_SISTEMA\\_DO\\_LETA\\_2020.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/za_konodaja/Nadgradnja_zdr_sistema_do_2020/NADGRADNJA_ZDRAVSTVENE_GA_SISTEMA_DO_LETA_2020.pdf).
- [5.] Poslovno poročilo ZZZS za leto 2010 v pripravi, spletni vir:  
[http://www.zzs.si/zzs/internet/zzs.nsf/0/2adb33085127846ac1256e86003edaa9/\\$FILE/Finan%C4%8Dno%20poslovanje%20v%20letu%202010.doc](http://www.zzs.si/zzs/internet/zzs.nsf/0/2adb33085127846ac1256e86003edaa9/$FILE/Finan%C4%8Dno%20poslovanje%20v%20letu%202010.doc).
- [6.] Poslovno poročilo ZZZS za leto 2009, spletni vir:  
[http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/0/1b99c27fc5698ad2c12576ef0024a184/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZS%20za%20leto%202009\\_12.04.2010.pdf](http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/0/1b99c27fc5698ad2c12576ef0024a184/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZS%20za%20leto%202009_12.04.2010.pdf)

## OPOMINI EVROPSKE KOMISIJE V ZVEZI Z DOPOLNILNIM ZDRAVSTVENIM ZAVAROVANJEM

Matej Osenar<sup>1</sup>

*Evropska komisija zahteva od Republike Slovenije uskladitev dela določb Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki urejajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, z določbami direktiv in Pogodbe o delovanju EU. Ker gre za določbe ZZVZZ, ki ne vplivajo na samo izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ukrepov Evropske komisije ni mogoče smatrati kot povod za ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.*

*Po drugi strani Vlada Republike Slovenije v odgovorih Evropski komisiji ni ubranila sistema dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, saj doslej ni utemeljeno obrazložila, zakaj šteje določbe ZZVZZ kot primerne in sorazmerne za zagotovitev (relativno poceni)<sup>2</sup> dostopa do storitev javnega zdravstva za državljane Republike Slovenije.*

### 1 UVOD

Leta 2005 je Republika Slovenija sprejela novelo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)<sup>3</sup>, s katero je nadgradila obstoječa pravila o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju.

Od sprejema te novele so postavljena natančnejša pravila o izvajanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, vpeljan pa je bil tudi pojem t. i. javnega interesa: dopolnilno zdravstveno zavarovanje je zaradi zagotovitve minimalne ravni storitev zdravstvene oskrbe vsem prebivalcem Republike Slovenije po razumni ceni in pod enakimi pogoji v javnem interesu, kar naj bi opravičevalo ureditev, ki se razlikuje od siceršnjih pravil, ki veljajo za zavarovalne pogodbe.

Navedeno ureditev je leta 2006 začela obravnavati Evropska komisija, in sicer po pritožbi ene od zavarovalnic. Po trditvah pritožnika slovenska zakonodaja ter zlasti ZZVZZ, kot je bil spremenjen leta 2005, vodita v neutemeljene in nesorazmerne omejitve, ki so neskladne s svobodo opravljanja storitev, svobodo ustanavljanja in zavarovalniško zakonodajo EU.

---

<sup>1</sup> Izvršni sekretar uprave, Adriatic Slovenica, Zavarovalna družba, d. d.

<sup>2</sup> V primerjavi z drugimi članicami EU.

<sup>3</sup> ZZVZZ, Uradni list RS, št. 9/1992, novela ZZVZZ-H, Uradni list RS, št. 76/2005.

Te omejitve se izkazujejo preko določb ZZVZZ, ki zavarovalnicam, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, nalagajo obveznost:

- a) da polovico ustvarjenih dobičkov iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja namenijo za izvajanje in razvoj teh zavarovanj (člen 62(2), točka 4 ZZVZZ);
- b) da mora vsako povišanje premije predhodno pisno potrditi aktuar (člen 62(2), točka 6 ZZVZZ);
- c) da morajo tuje zavarovalnice, ki želijo opravljati storitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji, imenovati pooblaščenca pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije (člen 62f(9) ZZVZZ);
- d) da morajo z novimi ali spremenjenimi zavarovalnimi pogoji dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja seznaniti Agencijo za zavarovalni nadzor (člen 62i(1) ZZVZZ);
- e) da morajo pridobiti predhodno soglasje Ministrstva za zdravje za splošne pogoje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (člen 62a(1) ZZVZZ);
- f) da sklenejo pogodbo z vsako zainteresirano osebo in da pogodbe ne smejo prekiniti, razen če premija ni plačana;
- g) da zaračunajo vsem enake premije, ne glede na profil tveganja zavarovanca;
- h) da sodelujejo v izravnalni shemi, s katero se med izvajalci izravnajo razlike v stroških zdravstvenih storitev.

## **2 KRONOLOGIJA URADNIH OPOMINOV EVROPSKE KOMISIJE IN ODGOVOROV REPUBLIKE SLOVENIJE**

### **Prvi opomin Evropske komisije – 23. marec 2007**

Evropska komisija je Vladi Republike Slovenije po predhodnem dopisu in vladnem odgovoru poslala uradni opomin, v katerem je izrazila stališče, da Republika Slovenija z nadaljnjo uporabo posebnih pravnih določb, ki veljajo za zavarovalnice, ki nudijo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, kot so bile uvedene z ZZVZZ ter zlasti z določbami členov 62 do 62i ZZVZZ, ni izpolnila obveznosti iz Direktive Sveta 73/239/EGS<sup>4</sup> in Direktive Sveta 92/49/EGS<sup>5</sup>. Prekršene naj bi bile določbe členov

---

<sup>4</sup> Prva Direktiva Sveta 73/239/EGS z dne 24. junija 1973 o usklajevanju zakonov in drugih predpisov o začetku opravljanja in opravljanju dejavnosti neposrednega zavarovanja razen življenjskega zavarovanja (UL L 228, 16. 8. 1973, str. 3–19).

<sup>5</sup> Direktiva Sveta 92/49/EGS z dne 18. junija 1992 o usklajevanju zakonov in drugih predpisov o neposrednem zavarovanju razen življenjskega zavarovanja in direktivi 73/239/EGS in 88/357/EGS, ki jo spreminjata (Tretja direktiva o neživljenjskem zavarovanju), UL L 228, 11. 8. 1992, str. 1–23.

2(1)(d) in (1)(e) Prve direktive o neživljenjskem zavarovanju ter členov 39(2), 40(2) in 54 Tretje direktive o neživljenjskem zavarovanju.

### **Odgovor na prvi opomin – 23. maj 2007**

Republika Slovenija je v odgovoru na uradni opomin navedla:

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje, kot je bilo vpeljana z ZZVZZ, ni obvezno;
- dopolnilno zdravstveno zavarovanje zagotavlja samo povračilo tistega dela dogovorjenih stroškov za storitve, ki ga ne povrne slovenski sistem obveznega socialnega varstva; ter
- direktive EU o neživljenjskem zavarovanju se ne uporabljajo, kar zadeva dopolnilno zdravstveno zavarovanje (zatrjuje se izjema po prvi neživljenjski direktivi, člen 2(1)(d) in (1)(e) ter po tretji neživljenjski direktivi člen 54).

### **Dodatni opomin Evropske komisije – 26. junij 2009**

Evropska komisija je Vladi Republike Slovenije poslala dodaten uradni opomin, v katerem je izrazila stališče, da naša država zaradi določbe o namenjanju polovice dobička dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja prav tako ni izpolnila obveznosti iz 56. in 63. člena Pogodbe o delovanju Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: PDEU, po prejšnji pogodbi o EU sta to člena 49 in 56) ter, kot smo navedli poprej, iz členov 2(1)(d) in (1)(e) ter 8(3) Prve direktive o neživljenjskem zavarovanju in členov 29, 39(2), 40(2) in 54 Tretje direktive o neživljenjskem zavarovanju.

### **Odgovor na dodatni opomin – 26. avgust 2009**

Republika Slovenija je v odgovoru na dodatni uradni opomin navedla:

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje, kakor je vpeljana z ZZVZZ, spada na področje državnega zdravstvenega varstva, zagotavlja se v javnem interesu Republike Slovenije in je del slovenskega sistema socialne varnosti;
- obvezno zavarovanje (tj. sistem obveznega socialnega varstva) in dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji ščitita javni interes, zato je Republika Slovenija določila, da morajo biti pogodbe dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja skladne s posebnimi pravnimi določbami ZZVZZ, ki so bile sprejete za zaščito splošne koristi; te določbe pa so skladne s členom 54 Tretje direktive o neživljenjskem zavarovanju;
- Vlada Republike Slovenije je prav tako obljubila, da bo predlagala spremembo ZZVZZ in da bo spremenjeni zakon skladen tudi s 56. in 63. členom PDEU.



### **Drugi dodatni opomin – 22. marec 2010**

Evropska komisija je Vladi Republike Slovenije v drugem dodatnem uradnem opominu poleg že znanih očitkov izrazila stališče, da naša država prav tako ni izpolnila obveznosti iz členov 49 in 56 PDEU, s tem ko zavarovalnicam predpisuje enotno premijo, jim nalaga obvezno sklenitev pogodb in omejuje prekinitve pogodb razen v primeru neplačila premije ter nalaga obveznost vključitve v izravnalno shemo. Slednje Evropska komisija šteje za kršitev, če Republika Slovenija ne opraviči tega ukrepa kot primernega in sorazmernega za dosego javnega interesa.

### **Odgovor na drugi dodatni opomin – 22. maj 2010**

Republika Slovenija je v odgovoru na drugi dodatni uradni opomin poudarila, da je dopolnilno zdravstveno zavarovanje prostovoljno zavarovanje in sestavni del slovenskega sistema obveznega socialnega varstva. ZZVZZ zavarovancem omogoča, da imajo v okviru osnovne socialne varnosti splošen dostop do popolne zdravstvene oskrbe. Sistem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja temelji na načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma ter vzajemnosti med bolnimi in zdravimi zavarovanci. Po mnenju Vlade Republike Slovenije je zato nujno ohraniti enotno premijo za vse zavarovance ter obveznost sklenitve pogodbe, prepoved prekinitve pogodbe in obvezno sodelovanje v izravnalni shemi za zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Vlada Republike Slovenije je obenem ponovno izjavila, da namerava odpraviti ostale sporne določbe ZZVZZ.

## **3 VSEBINA UPORABLJENIH ARGUMENTOV**

Evropska komisija je Republiki Sloveniji ves čas postopka očitala, da posamezne določbe ZZVZZ niso skladne z direktivami EU, oziroma da pomenijo omejitve temeljnih svoboščin po določbah PDEU. Glavni očitek Republiki Sloveniji pravzaprav je, da je z ZZVZZ vpeljala določbe glede obveznega predhodnega soglasja na splošne pogoje, glede obveznosti obveščanja o novih ali spremenjenih splošnih pogojih<sup>6</sup> ter glede vključitve aktuarja v povišanje premije. Tem ugotovitvam Evropske komisije Republika Slovenija ni nikdar nasprotovala.

Vsi drugi očitki Evropske komisije so drugotne narave. Neskladnost z ostalimi navedenimi določbami direktiv<sup>7</sup> se nanaša na dejstvo, da Vladi Republike Slovenije ni uspelo uveljaviti izjeme pri uporabi tako prve kot tretje neživljenjske direktive pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju (pri tem je sprva trdila, da dopolnilno zdravstveno zavarovanje, kot je bilo uvedeno z ZZVZZ, ne spada na področje uporabe Prve direktive o neživljenjskem zavarovanju); nadaljnji argument Vlade Republike Slovenije je bil povezan z drugim odstavkom 54. člena tretje neživljenjske direktive,

---

<sup>6</sup> Določbe člena 8 prve neživljenjske direktive ter členov 29 in 39 tretje neživljenjske direktive.

<sup>7</sup> Določbe člena 2 prve neživljenjske direktive in 54 tretje neživljenjske direktive.

skladno s katerim je Vlada Republike Slovenije menila, da ZZVZZ lahko določa posebne omejitve, saj se dopolnilno zdravstveno zavarovanje šteje za javni interes in bi ga lahko kot takega smatrali za obvezno zavarovanje ali za zavarovanje, ki pomeni delno ali popolno alternativo zdravstvenemu kritju, ki ga zagotavlja slovenski sistem obveznega socialnega varstva.

Na podlagi navedenega je mogoče ugotoviti, da Vlada Republike Slovenije v zagovor ureditve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ni uporabila dovolj skrbno pretehtanih argumentov, pa naj bodo ti pravne, ekonomske ali zgodovinske narave. Namesto da bi z vsebinsko dovršenimi trditvami predstavila pomen posameznih določb ZZVZZ za izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, se je Vlada Republike Slovenije raje zatekala k iskanju bližnjic. Tako je s pravno nevzdržnimi argumenti poskušala prepričati Evropsko komisijo, da se prva in tretja neživljenjska direktiva sploh ne uporabljata za dopolnilno zdravstveno zavarovanje kot svojsko obliko zavarovanja<sup>8</sup>. Poudariti je treba, da sporne določbe, ki jih je Evropska komisija navajala v prvem opominu, za izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja sploh niso potrebne in bi se jim zlahka odpovedali.

Ko je Evropska komisija v drugem dodatnem opominu navedla, da ureditev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pomeni tudi omejevanje svobode ustanavljanja oziroma svobode opravljanja storitev po določbah ter omejitve prostega pretoka kapitala skladno s PDEU, Vlada Republike Slovenije novih protiargumentov ni več navajala, temveč je Evropski komisiji le še obljubila, da bo spremenila ZZVZZ v skladu z podanimi ugotovitvami, pri čemer bo vztrajala pri enotni premiji, obveznosti sklenitve pogodbe in prepovedi prekinitve pogodbe ter obveznem sodelovanju v izravnalni shemi za zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

#### **4 NADGRADNJA SISTEMA ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V POVEZAVI Z OPOMINI**

V obrazloženem mnenju, ki ga je Evropska komisija 30. septembra 2010 naslovila na Vlado Republike Slovenije, so bile zbrane vse ugotovitve v dotedanjem postopku. Evropska komisija tako ugotavlja, da Republika Slovenija še vedno ni izpolnila obveznosti iz pravnih aktov, ki jo kot članico zavezujejo.

Poudariti pa je treba naslednje: Evropska komisija Republik Sloveniji ne nalaga ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, temveč zaenkrat le:

- naj spremeni ZZVZZ, kot je obljubila, ali

---

<sup>8</sup> Povsem odveč je bilo sklicevanje na primer Irske, njihove izravnalne sheme in podobno. Izravnalne sheme Komisija prvotno sploh ni navajala.

- naj predstavi razloge, zaradi katerih posebna pravila za dopolnilno zdravstveno zavarovanje pojmuje kot potrebna in sorazmerna za doseg cilja zdravstvenega varstva državljanov.

Nadgradnja sistema zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji je glede na vsebino uradnih opominov Evropske komisije potrebna le v manjšem delu določb ZZVZZ. Glede slednjega je Republika Slovenija dejansko že oblikovala ustrezen predlog, ki ga je treba dati v zakonodajni postopek<sup>9</sup>. Kot je mogoče razbrati iz navedenega, pa te spremembe ne pomenijo, da je potrebna takšna nadgradnja sistema, ki bi pomenila ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Evropska komisija namreč ni zahtevala, da se ne bi smele ohraniti določbe ZZVZZ, ki za pogodbe dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja urejajo:

- obveznost sklepanja pogodbe z vsako zainteresirano osebo in prepoved njene prekinitve, razen če premija ni plačana;
- obveznost zaračunavanja enake premije, ne glede na profil tveganja zavarovanca;
- obveznost zavarovalnice, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, da sodeluje v izravnalni shemi, s katero se med izvajalci izravnavajo razlike v stroških zdravstvenih storitev.

Obenem Vlada Republike Slovenije doslej sploh še ni navedla, da gre pri določbah ZZVZZ za dopustna omejevanja svobode opravljanja storitev po 56. in 63. členu PDEU s ciljem zagotovitve javne koristi. Vlada lahko pri tem izhaja iz določb 16. člena PDEU in 86/2. člena PDEU ter iz sodne prakse Sodišča Evropske unije, ki državam članicam dopušča ukrepe, da omejujejo kakšno od temeljnih svoboščin, če je tak ukrep utemeljen iz pomembnejših razlogov javnega pomena in je izvajanje navedenega ukrepa takšno, da zagotavlja uresničevanje zastavljenih ciljev in ne presega tega, kar je za ta namen potrebno.

Ker ima velika večina zavezancev za doplačila že sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, se v praksi izkazuje izpolnjen namen dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja: zagotoviti minimalno raven storitev zdravstvene oskrbe vsem prebivalcem Republike Slovenije po razumni ceni in pod enakimi pogoji. Storitve, ki se nudijo z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem, so zato lahko pojmovane kot t. i. storitve splošnega (javnega) gospodarskega pomena (SGEI<sup>10</sup>), v okviru česar je lahko Republiki Sloveniji tudi dopuščeno, da določb PDEU, Direktive Sveta 73/239/EGS in Direktive Sveta 92/49/EGS delno ne vnese v nacionalno zakonodajo, saj sicer obstoječe ravni socialne varnosti državljanov ne bi mogla doseči.

---

<sup>9</sup> Črtajo se člani ZZVZZ, navedeni zgoraj pod točko 1, alineje od a) do e). Komisija pričakuje, da bi bil predlog sprememb na seji Vlade že sprejet in dan v nadaljnji postopek.

<sup>10</sup> Service of General Economic Interest (SGEI).

Storitve splošnega gospodarskega pomena so v konkurenčnem pravu EU opredeljene kot tiste gospodarske dejavnosti, ki jih državni organi štejejo kot dejavnosti posebnega pomena za državljane. Storitve splošnega gospodarskega pomena se razlikujejo od običajnih storitev v tem, da jih je po odločitvi državnih organov treba opravljati, tudi če na trgu ni zadostnega povpraševanja. Če državni organi menijo, da so nekatere storitve v javnem interesu, a jih sam trg ne more uspešno zadovoljiti, lahko določijo ukrepe za zadovoljitev teh potreb v obliki storitev splošnega pomena<sup>11</sup>. V sodni praksi je tako mogoče najti celo takšne primere, ko je pri nekaterih storitvah že bilo dopuščeno dajanje ekskluzivnih ali posebnih pravic ali ko so bili dopuščeni ukrepi uravnavanja trga, kot so zahteve po posebnih dovoljenjih ipd. V vseh teh primerih pa je bilo upoštevano, da so takšni ukrepi dopustni le, če so upravičeni z javnim interesom in so sorazmerni zasledovanemu cilju<sup>12</sup>.

## **5 ZAKLJUČEK**

Evropska komisija Republiki Sloveniji ves čas ponuja možnost, da očitana neskladja odpravi ali predstavi utemeljene razloge zanje, vendar pri tem ni bil storjen odločilni korak, saj Evropski komisiji do danes ni bil sporočen noben konkreten zakonodajni predlog ali stališče. Komisija zato nadaljuje postopek za ugotavljanje kršitev, in sicer z vložitvijo tožbe na Sodišče Evropskih skupnosti v Luksemburgu.

Kakršnakoli bi že bila odločitev tega sodišča, pa tudi ta ne more pomeniti neposredne podlage za ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, temveč lahko Republiki Sloveniji naloži ukrepe (in kazni) za odpravo neskladja z ureditvijo EU. Predstavitev t. i. nadgradnje zdravstvenih zavarovanj s predlogom ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja na isti dan, ko naj bi Evropska komisija napovedala vložitev tožbe<sup>13</sup> zoper Republiko Slovenijo zaradi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ima tako zgolj simbolni pomen, dejansko pa dogodka med seboj nista povezana.

---

<sup>11</sup> Communication from the Commission on services of general interest in Europe (OJ 2001 C 17).

<sup>12</sup> Sorazmernost v skladu s členom 86/2 PDEU pomeni, da ukrepi za uresničitev javnega interesa ne smejo po nepotrebnem izkrivljati položaja subjektov na trgu. Posebej je treba zagotoviti, da omejitve pravil PDEU in zlasti omejitve konkurence ter omejitve svoboščin notranjega trga ne presežejo obsega, ki je potreben za zagotovitev učinkovite uresnitve javnega interesa.

<sup>13</sup> Vest, objavljena na spletni povezavi: <http://www.rtv slo.si/evropska-unija/evropska-komisija-nad-dopolnilno-zdravstveno-zavarovanje/251083>, <http://www.rtv slo.si/zdravje/zdravstvena-reforma-povisanje-prispevne-stopnje-ob-enaki-bruto-placi/251057>.

Specifična ureditev zdravstvenih zavarovanj v Republiki Sloveniji ima tako dobre kot slabe plati, pri čemer ureditve ne gre soditi le po dnevno-političnih potrebah, temveč po učinkih v celotnem obdobju izvajanja teh pravil.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje predstavlja stabilen vir financiranja javnega zdravstvenega sistema s potencialom povečevanja obsega, ki se mu nikakor ne gre odreči, ne da bi pred tem pretehtali vse posledice. Velik trud, ki je bil vložen v izgradnjo sistema zdravstvenih zavarovanj v Republiki Sloveniji, bi moral biti namenjen tudi ohranjanju ter nadgradnji in izboljšavi tega sistema. Tega pa žal ni mogoče ugotoviti ob ravnanju Vlade Republike Slovenije v celotnem času, odkar je bila prvič soočena z opomini Evropske komisije.

Slednje meče senco dvoma tudi na poskus t. i. nadgradnje zdravstvenega sistema, pri čemer se državljanke skuša prepričati, da za uspešno »nadgradnjo« obstajata le scenarij 1 in 2, katerih bistveni element je ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, medtem ko je t. i. scenarij 3 – z delno ohranitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja – po napovedih Vlade Republike Slovenije neločljivo povezan s težbo pred Sodiščem Evropskih skupnosti.

Glede na vse navedeno ta trditev ne drži, obenem pa do takšnega položaja sploh ne bi prišlo, če bi se Vlada Republike Slovenije držala svojih obljub Evropski komisiji oziroma bi že predhodno poskušala utemeljiti razloge za specifične določbe ZZVZZ. Verjetno bi bilo stanje drugačno, če bi v pripravo odgovorov Evropski komisiji pravočasno vključili strokovno javnost, kot se to pričakuje tudi v sklopu zdajšnje razprave o nadgradnji. Prav zato obstaja utemeljena bojazen, da se bo preko tretjega scenarija ponovno iskalo bližnjico, pri čemer bo cena za takšno ravnanje znana najpozneje takrat, ko bo treba naslednjič krpati luknjo v zdravstvenem proračunu – in to neposredno iz zasebnih sredstev.

## **LITERATURA IN VIRI**

- [1.] *Obrazloženo mnenje, naslovljeno na Republiko Slovenijo v skladu s členom 258 Pogodbe o delovanju Evropske unije zaradi nepopolnega in nepravilnega prenosa Direktive Sveta 73/239/EGS, kot je bila naknadno spremenjena, in Direktive Sveta 92/49/EGS v nacionalno zakonodajo ter zato, ker Republika Slovenija ni izpolnila obveznosti iz členov 56 in 63 Pogodbe o delovanju Evropske unije, Bruselj, 30. 9. 2010 2006/4624 C(2010)6569.*
- [2.] *Vladno gradivo – Predlog odgovora Evropski komisiji glede Uradnega opomina Evropske komisije, kršitev št. 2006/4624, 26. 4. 2007.*
- [3.] *Vladno gradivo – Predlog odgovora Evropski komisiji glede dodatnega Uradnega opomina Evropske komisije, kršitev št. 2006/4624, 7. 8. 2009.*

- [4.] Vladno gradivo – Predlog odgovora Evropski komisiji glede drugega dodatnega Uradnega opomina Evropske komisije, kršitev št. 2006/4624, 13. 5. 2010.
- [5.] Thomson, S., Mossialos, E.: Internal market rules and regulation of private health insurance: threat or opportunity?, Euro Observer 2008, vol. 10, no. 3.
- [6.] Clemenz, G., Dewatripont, M., Motta, M., Neven, D., Seabright, P., Zemplerova, A.: Services of General Economic Interest Opinion, 29. 6. 2006, spletni vir:  
[http://ec.europa.eu/competition/state\\_aid/studies\\_reports/sgei.pdf](http://ec.europa.eu/competition/state_aid/studies_reports/sgei.pdf).
- [7.] Communication from the commission – Services of general interest in Europe – 19. 1. 2001, Uradni list Evropskih skupnosti, 2001/C 17/04.